



Ministério da Saúde

ESTUDO DE PUBLICIZAÇÃO

Atualizado em: 01.07.2026 - alteração da logomarca institucional, em observância ao disposto no artigo 73, inciso VI, alínea "b", da Lei nº 9.504/1997.

Brasília/DF
2026

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Padilha

Secretário-Executivo (SE):

Adriano Massuda

Secretário de Atenção Especializada à Saúde (SAES):

Mozart Júlio Tabosa Sales

Secretária de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI):

Ana Estela Haddad

Secretária de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE):

Fernanda De Negri

Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETES):

Felipe Proenço De Oliveira

Equipe de Coordenação:

Aline de Oliveira Costa

Departamento de Cooperação Técnica, Inovação e Desenvolvimento em Saúde - DECOOP/SE

Rebeca Carmo de Souza Cruz

Coordenadora-Geral de Cooperação Técnica - CGCOOP/DECOOP/SE

Equipe de elaboração:

Livia Schunk Pereira

Coordenadora de Cooperação Técnica Internacional - DECOOP/SE

Jeyson Murayama

Assessor Técnico - DECOOP

Mariana Kliemann Marchioro

Assessora Técnica - DECOOP/SE

Revisão técnica:

Bruno Portela - **Laboratório de Inovação/Advocacia-Geral da União**

Contribuições:

Eduardo Jorge Valadares Oliveira

Secretário Adjunto - SCTIE

Fotini Santos Toscas

Coordenadora-Geral de Dispositivos Médicos - CGDIM/DECIS/SCTIE

Thatiane Cristhina de Oliveira Torres

Diretora Substituta - Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES

Luisa Rayane Silva Bezerra Frazão

Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar - CGAH/DAHUD/SAES

João Pedro Braga Félix

Diretor do Departamento de Saúde Digital e Inovação - DESD/SEIDIGI

Paula Xavier dos Santos

Diretora do Departamento de Informação e Informática do SUS -DATASUS/SEIDIGI

Tiago Bahia Fontana

Diretor Substituto do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde - DEMAS/SEIDIGI

Fabiano Ribeiro Dos Santos

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGETES

Evellin Bezerra da Silva

Diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde - DEGERTS/SGTES



Sumário

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	6
1.1 REDE DE UTIs INTELIGENTES	7
1.2 HOSPITAL INTELIGENTE - INSTITUTO TECNOLÓGICO DE EMERGÊNCIA.....	8
2. OBJETIVOS E OBJETO DA PUBLICIZAÇÃO	12
2.1. OBJETIVO GERAL.....	12
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2.3. OBJETO DA PUBLICIZAÇÃO.....	13
3. ANÁLISE DE ALTERNATIVAS	14
3.1 ANÁLISE COMPARATIVA DE CUSTOS POR MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR.....	19
4. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE BENEFICIÁRIA E O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL.....	21
5. ALINHAMENTO DA PUBLICIZAÇÃO À ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL	23
6. ATIVIDADES A SEREM PUBLICIZADAS	25
6.1. COMO É FEITO ATUALMENTE	27
6.2 LIMITAÇÕES ATUAIS E POTENCIALIDADES DA PUBLICIZAÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL	28
7. ESTIMATIVA FINANCEIRA PARA O FOMENTO	30
7.1 DA EVENTUAL CESSÃO DE BENS IMÓVEIS E MATERIAIS	32
8. GOVERNANÇA COMPARTILHADA E SUPERVISÃO DO CONTRATO DE GESTÃO	32
8.1. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	33
8.2. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL.....	34
9. GESTÃO DE RISCOS	34
10. CRONOGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL	38
11. CRONOGRAMAS DE IMPLEMENTAÇÃO	39
11.1. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO 1: 14 UTIs INTELIGENTES, COM FOCO EM CARDIOLOGIA E NEUROLOGIA	39
11.2 CRONOGRAMA PROVISÓRIO DE IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO 2: INSTITUTO TECNOLÓGICO DE EMERGÊNCIA	39
12. CONCLUSÃO E ENCAMINHAMENTOS	41
REFERÊNCIAS	43



SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente documento pretende apresentar a oportunidade e a conveniência em publicizar atividades, públicas não-exclusivas de Estado, a serem desenvolvidas no âmbito da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão, como a opção identificada como mais adequada para o apoio à implementação de soluções tecnológicas inovadoras a serem disponibilizadas à população mediante funcionamento da rede de UTIs Inteligentes e do Instituto Tecnológico de Emergência (ITE), em cumprimento ao estabelecido no Artigo 6º do Decreto nº 9.190, de 1 de novembro de 2017¹, que regulamenta o art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998²:

Art. 6º. O processo de qualificação de entidade privada sem fins lucrativos como organização social compreende as seguintes fases:

I - decisão de publicização;

II - seleção da entidade privada;

III - publicação do ato de qualificação; e

IV - celebração do contrato de gestão.

(Decreto nº 9.190, de 1 de novembro de 2017¹)

Assim, este estudo trata tão somente de proposta de publicização, que é normatizada no art. 7º do mesmo Decreto¹, a saber:

Art. 7º. A proposta de publicização das atividades de que trata o art. 1º da Lei nº 9.637 de 1998, será encaminhada pelo Ministro de Estado supervisor da área ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, devidamente justificada, e explicitará as razões que fundamentam a conveniência e a oportunidade da opção pelo modelo das organizações sociais, observado o disposto no art. 4º do Decreto nº 6.944, de 21 de agosto de 2009.

§ 1º A fundamentação de que trata o caput conterá todas as informações pertinentes à tomada de decisão, entre as quais:

I - a descrição das atividades;

II – a análise e a caracterização da comunidade beneficiária das atividades e a definição dos órgãos e das entidades públicas responsáveis pela supervisão e pelo financiamento da organização social;

III - os objetivos em termos de melhoria para o cidadão-cliente na prestação dos serviços com a adoção do modelo de organização social;

IV - a demonstração, em termos do custo-benefício esperado, da absorção da atividade por organização social, em substituição à atuação direta do Estado, considerados os impactos esperados a curto, médio e longo prazo;

V - as informações sobre cargos, funções, gratificações, recursos orçamentários e físicos que serão desmobilizados, quando a decisão implicar em extinção de órgão,



entidade ou unidade administrativa da administração pública federal responsável pelo desenvolvimento das atividades;

VI - análise quantitativa e qualitativa dos profissionais atualmente envolvidos com a execução da atividade, com vistas ao aproveitamento em outra atividade ou à cessão para a entidade privada selecionada;

VII - previsão de eventual cessão de imóveis e de outros bens materiais; e

VIII - a estimativa de recursos financeiros para o desenvolvimento da atividade durante o primeiro exercício de vigência do contrato de gestão e para os três exercícios subsequentes.

§ 2º A decisão da publicização será efetuada em ato conjunto do Ministro de Estado supervisor e do Ministro de Estado do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, e se for o caso, com anuência da autoridade supervisora, e publicada no Diário Oficial da União.

Com o propósito de assegurar a integral observância do dispositivo legal, faz-se necessário esclarecer a proposta da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão, seus desafios e o seu impacto no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é concebida com a finalidade de promover a qualificação, a eficiência e a resolutividade dos serviços ofertados pelo SUS mediante a adoção de tecnologia inovadora de hospitais e serviços inteligentes, inédita no país. O projeto contempla a constituição de uma rede de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) inteligentes e a implementação do Instituto Tecnológico de Emergência (ITE), o primeiro hospital inteligente do país. Além disso, está prevista a modernização dos hospitais de excelência do SUS e estruturação de serviços inovadores, os quais não são objeto deste estudo de publicização.

Além disso, a constituição da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão propiciará o fortalecimento da indústria tecnológica voltada à saúde no país, fomentando novas frentes de atuação e ampliando as perspectivas de desenvolvimento da indústria nacional. Atividades dessa natureza envolvem inúmeros desafios e especificidades que demandam expertise técnica especializada para sua efetiva implementação.

Diante desse cenário, após a análise de diferentes modalidades de prestação de serviços, verificou-se que o modelo de Organização Social (OS) se apresenta como o mais



adequado para promover a disseminação e a indução do uso de tecnologias inovadoras a serem implementadas pela rede de UTIs Inteligentes e pelo ITE.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O SUS constitui o sistema público de saúde brasileiro, fundamentado nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Em consonância com esses princípios, o SUS assegura a todos os cidadãos brasileiros o acesso às ações e serviços de saúde, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, dada sua abrangência territorial, populacional e organizacional.

O Brasil, com população estimada em 213,4 milhões de habitantes³, enfrenta um processo de acelerada transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e pelo envelhecimento populacional. Esse contexto tem resultado no aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como cardiopatias, acidente vascular cerebral (AVC), demências e multimorbidades, impondo desafios adicionais à organização das redes de atenção à saúde e demandando maior incorporação de tecnologias, especialização dos serviços e capacidade resolutiva do sistema.

Com vistas a assegurar a sustentabilidade do SUS, ampliar sua eficiência operacional e superar desafios relacionados às disparidades regionais na oferta de serviços, ao envelhecimento populacional, às iniquidades socioeconômicas e à morosidade na adoção de tecnologias de alto padrão na área da saúde, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo estratégias voltadas à ampliação do provimento de tecnologias e ao apoio à construção de infraestruturas sustentáveis e resilientes.



Nesse contexto, buscando ainda enfrentar limitações estruturais do SUS, especialmente na integração de dados, coordenação do cuidado, resposta a emergências complexas e incorporação de inovações tecnológicas e científicas, o Ministério da Saúde propôs a criação da *Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão*.

A proposta da Rede Nacional apresenta como principal diferencial a integração em larga escala de múltiplos componentes assistenciais e tecnológicos. O modelo proposto articula, de forma coordenada, hospitais, uma rede de UTIs inteligentes, ambulâncias conectadas por 5G, além de ações estruturadas de pesquisa, inovação e formação profissional. Trata-se, portanto, de uma iniciativa abrangente e estruturante. Dessa forma, o projeto combina elevado grau de inovação tecnológica, conferindo singularidade e relevância estratégica à iniciativa e se estrutura em 2 eixos:

- EIXO 1: Implementação de 14 UTIs Inteligentes, com foco em cardiologia e neurologia;
- EIXO 2: Implementação do Instituto Tecnológico de Emergência do Hospital das Clínicas da USP.

1.1 REDE DE UTIs INTELIGENTES

Trata-se de uma estrutura inovadora que compreenderá uma rede integrada de UTIs inteligentes em 14 hospitais, abrangendo todas as regiões do país, a qual envolverá a integração de equipamentos de UTI com seus respectivos sistemas de informação; capacitação e supervisão das equipes de gestão e assistência; gerenciamento integrado das UTIs e qualificação do cuidado, além do monitoramento e avaliação contínua das atividades previstas.

Com isso, esperam-se impactos positivos para a população, tais como a melhoria da qualidade do diagnóstico e do tratamento, a ampliação do acesso a tecnologias de



ponta, a redução das desigualdades regionais no atendimento em saúde, a capacitação e a atualização dos profissionais de saúde locais, bem como o fortalecimento do SUS por meio da inovação.

A rede de UTIs será composta inicialmente pelos seguintes hospitais:

1. BELÉM/PA: Hospital Beneficente Portuguesa
2. TERESINA / PI - Hospital Getúlio Vargas - SES
3. FORTALEZA / CE - Hospital Geral de Fortaleza - SES
4. RECIFE / PE - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
5. SALVADOR /BA - Hospital Geral Roberto Santos - SES
6. BRASÍLIA / DF - Hospital Universitário de Brasília - UnB
7. BELO HORIZONTE / MG -HC Faculdade de Medicina UFMG
8. RIO DE JANEIRO / RJ - Hospital Federal de Bonsucesso
9. RIO DE JANEIRO / RJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ
10. SÃO PAULO /SP - HC Faculdade de Medicina da USP
11. CURITIBA / PR - Hospital Universitário Evangélico Mackenzie
12. PORTO ALEGRE / RS - Hospital Nossa Sra. Da Conceição / GHC
13. DOURADOS / MS - Hospital Regional de Dourados
14. MANAUS / AM - Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz

1.2 HOSPITAL INTELIGENTE - INSTITUTO TECNOLÓGICO DE EMERGÊNCIA

O primeiro hospital inteligente do país, denominado Instituto Tecnológico de Emergência (ITE), será implementado por meio de uma parceria do Governo Federal, representado pelo Ministério da Saúde, com o Governo do Estado de São Paulo, representado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) e pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). O ITE será um hospital inteligente especializado em emergência e neurologia e será implementado junto ao complexo do HC-FMUSP.



O ITE surge como uma resposta estruturante a um dos maiores desafios da saúde pública brasileira: o acesso qualificado à urgência e à alta complexidade. Mais do que um novo hospital, o ITE, um novo instituto do HC-FMUSP, representa um modelo assistencial inovador de cuidado integrado, tecnológico e resolutivo, que busca redefinir a forma como o SUS lida com emergências críticas, reduzindo desigualdades e salvando vidas.

O projeto visa a construção de um hospital de grande porte, com cerca de 120.000 m² de área construída e estrutura física composta por 800 leitos, sendo 250 leitos de emergência, 350 leitos de UTI, 250 leitos de enfermaria geral e 25 salas cirúrgicas, o qual será inaugurado no segundo trimestre de 2029.

O Instituto será uma unidade escalável e integrada, especializada em medicina de emergência, terapia intensiva e neurologia, o primeiro hospital inteligente do SUS para urgência e emergência.

O ITE foi concebido para ser um hospital público de última geração, com infraestrutura digital e tecnológica avançada, comparável aos melhores hospitais do mundo. O desenho tecnológico busca não apenas eficiência operacional, mas também segurança assistencial, integração em rede e sustentabilidade. As tecnologias propostas incluem:

- Command Center e Inteligência em Tempo Real
 - Centro de Comando Operacional com *dashboards* integrados em tempo real.
 - Monitoramento de leitos, tempos porta-diagnóstico, taxa de ocupação e KPIs clínicos.
 - IA aplicada para prever gargalos (*boarding*, fluxo de UTI, risco de deterioração clínica) e apoiar decisões assistenciais.
 - Gestão centralizada de transferências e regulação, com rastreabilidade ponta a ponta.



- Interoperabilidade Digital (HL7/FHIR)
 - Arquitetura baseada em padrões HL7 e FHIR, garantindo interoperabilidade plena com o HCFMUSP, SES-SP e SUS Digital.
 - Prontuário Eletrônico único, integrando desde a regulação pré-hospitalar até a alta e contrarreferência.
 - Integração com PACS, LIS, prescrição eletrônica e farmácia clínica.
 - Mineração de dados em larga escala, permitindo pesquisa, gestão e accountability pública.
- Monitorização Avançada e Teleinterconsultoria
 - Todos os leitos equipados com monitorização multiparamétrica contínua, transmitida ao command center.
 - Tele-UTI e Teleinterconsultoria interna: especialistas acessíveis em tempo real, evitando fragmentação e atrasos.
 - Capacidade de teleacompanhamento pós-alta, reduzindo reinternações e garantindo contrarreferência segura.
- Conectividade 5G e Ambulâncias Inteligentes
 - Ambulâncias vinculadas ao ITE equipadas com 5G e telemetria.
 - Pré-notificação eletrônica do paciente durante o transporte, com transmissão de sinais vitais, ECG e exames point-of-care.
 - Possibilidade de iniciar protocolos críticos ainda no deslocamento (trombólise, antibiótico precoce, analgesia), otimizando tempo porta-tratamento.
- Infraestrutura Física e Arquitetônica Inteligente
 - Passarelas físicas interligando ITE e institutos do HC, com protocolos digitais de transferência.
 - Leitos híbridos que podem ser adaptados (enfermaria/UTI) de acordo com a demanda.
 - Uso de sensores IoT para gestão de energia, climatização e segurança do paciente.



- Hospital verde, com eficiência energética, reuso de água, iluminação natural e certificação de sustentabilidade.
- Plataforma de Dados e Pesquisa Translacional
 - Big Data assistencial, permitindo vigilância epidemiológica em tempo real.
 - Banco de dados integrado para ensaios clínicos, inteligência artificial aplicada e avaliação de tecnologias em saúde (ATS).
 - Apoio à formação acadêmica, com simulação clínica digital e plataformas de ensino remoto.

Com a centralização das urgências no ITE e a retirada, em média de 350 pacientes, hoje mantidos em caráter de emergência nos institutos do complexo do HC-FMUSP, estima-se a liberação líquida de leitos, o que corresponde a 80 mil leitos-dia/ano em ocupação de 90%. Essa descompressão permite reprogramar a capacidade eletiva e elevar a resolutividade por linha de cuidado: InCor com aumento de cirurgias cardíacas e procedimentos eletivos no laboratório de hemodinâmica (revascularização, valva, TAVI) e incremento gradual de transplantes (ordem de grandeza +10–15%, condicionado a custeio/captação de órgãos e equipe); ICESP com maior volume de cirurgias oncológicas e internações terapêuticas (potencial +15–25% e redução do tempo até início de tratamento); IOT com aceleração de artroplastias e reconstruções (+20–30%); ICHC com expansão de cirurgias eletivas de alta complexidade além do número de transplantes e do atendimento do hospital dia; e ICr com maior oferta programada para pediatria complexa. Esses ganhos decorrem diretamente da liberação de leitos hoje ocupados por urgência, sem transferir carga adicional aos ambulatorios (modelo internista do ITE com ambulatório de transição e teleacompanhamento), e serão pactuados em metas trimestrais na contratualização com a SES-SP.

Cabe ainda destacar que a previsão de redução do tempo médio de regulação para internação de emergência é das atuais 17 horas (linha de base nacional – DATASUS,



2023) para, no máximo, 4 horas, no prazo de até quatro anos a partir do início das operações do hospital inteligente, bem como o alcance do Nível 6 de maturidade digital da arquitetura hospitalar, com base nos critérios da *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS).

O ITE também abrigará um centro de pesquisa translacional e inovação, com foco em medicina de precisão, ciência de dados em saúde, algoritmos clínicos, validação de dispositivos médicos e avanço tecnológico, tendo como essência a transferência de tecnologia. Além disso, a construção do novo hospital será projetada de acordo com padrões verdes globais, o que garantirá eficiência energética e sustentabilidade por meio de energia renovável, reuso de água, sistemas de gestão de resíduos e um centro de controle de sustentabilidade.

2. OBJETIVOS E OBJETO DA PUBLICIZAÇÃO

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da publicização consiste em delegar a um ente de direito privado sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social, o apoio à gestão da rede de UTIs Inteligentes e do ITE, visando maior eficiência operacional, uso qualificado de tecnologias avançadas, modernização da atenção hospitalar, qualificação dos profissionais de saúde e melhoria dos resultados assistenciais do SUS, especialmente em contextos de alta complexidade.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Os objetivos estratégicos específicos que orientarão a decisão da qualificação, são os seguintes:

- Fortalecer a capacidade operacional do SUS;
- expandir o acesso à terapia intensiva qualificada e atendimento de emergência com tecnologia de ponta;
- fomentar o desenvolvimento de cadeias produtivas de equipamentos e soluções tecnológicas inteligentes na saúde;
- aprimorar e qualificar o uso de tecnologias digitais, interoperabilidade, inteligência artificial (IA) e monitoramento avançado no SUS, assegurando integração plena com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);
- garantir a qualificação dos profissionais de saúde para atuação em hospitais e serviços inteligentes;
- promover pesquisa translacional e inovação em saúde, incluindo o desenvolvimento de algoritmos clínicos, a validação de dispositivos médicos, *big data* assistencial e simulação clínica digital;
- aprimorar a eficiência administrativa, da qualidade da assistência e da valorização das equipes multiprofissionais.

2.3. OBJETO DA PUBLICIZAÇÃO

O objeto da publicização é o apoio à gestão da rede de UTIs inteligentes e do Instituto Tecnológico de Emergência, visando o fortalecimento do SUS no uso qualificado e estratégico de tecnologias. Dentre as ações a serem desenvolvidas pela OS, destacam-se:

- apoiar a coordenação e implantação da rede de 14 UTIs Inteligentes;
- apoiar a implementação e gestão do Instituto Tecnológico de Emergência (ITE), o primeiro hospital inteligente do SUS;



- aprimorar o uso de tecnologias digitais, incluindo interoperabilidade, IA e telessaúde;
- qualificar equipes de saúde para atuação em ambientes inteligentes de alta complexidade;
- dispor de parâmetros de dimensionamento de força de trabalho na saúde alinhado aos preconizados pelo Ministério da Saúde e condições adequadas para o exercício profissional e mecanismos de valorização das equipes;
- elevar a qualidade assistencial e a segurança do paciente, com redução de tempo de espera nas urgências, no tratamento, bem como na continuidade do cuidado;
- fortalecer a capacidade de resposta do SUS a emergências complexas e condições críticas de saúde;
- impulsionar a inovação nacional, promovendo parcerias entre SUS, academia, indústria e centros de inovação.

O monitoramento das atividades da OS ficará a cargo do Ministério da Saúde, enquanto órgão de Estado responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que submete o presente estudo de publicização para posterior qualificação de Organização Social.

3. ANÁLISE DE ALTERNATIVAS

A substituição da gestão direta estatal pelo apoio de uma Organização Social visa otimizar recursos públicos, melhorar a eficiência na prestação de serviços e promover a inovação, sem perda de controle e transparência. Com relação aos impactos esperados a curto, médio e longo prazo, destaca-se que o contexto estratégico considerado é o foco em recursos completamente inovadores, agregados ao uso de inteligência artificial.



Adicionalmente, a formalização de contrato de gestão vinculado a indicadores de desempenho fortalece os mecanismos de responsabilização e induz a melhoria contínua dos serviços, assegurando maior foco em resultados e no cumprimento das metas pactuadas.

Destaca-se, ainda, como aspecto fundamental a necessidade de supervisão permanente, transparência e controle, de modo a coibir não conformidades e assegurar o pleno atendimento aos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde.

Outras alternativas para execução da gestão da rede de UTIs Inteligentes e do ITE foram analisadas e se encontram relacionadas em sequência:

- *Execução Direta pelo Ministério da Saúde* – Limitação quanto à agilidade administrativa, contratação de especialistas e adaptação às inovações tecnológicas.
- *Fundação Estatal* – Maior rigidez burocrática e menor capacidade de captação de recursos privados.
- *Contratos de Gestão com Empresas Públicas* – Restrição quanto à flexibilidade de governança;
- *Parcerias via Convênios ou Termos de Colaboração* – Aplicáveis a projetos específicos, porém com limitações para apoiar, de forma contínua, a governança de inovação tecnológica em saúde digital.

Uma breve síntese com possíveis modelos de gestão, suas respectivas vantagens e desvantagens encontra-se apresentado a seguir.



Tabela 1. Síntese: vantagens e desvantagens por modelo de gestão.

Modelo	Regime Jurídico	Vantagens	Desvantagens	Adequação ao Caso
Autarquia	Direito Público	Controle estatal direto, estabilidade	Rigidez administrativa, burocracia	Baixa
Fundação Pública de Direito Privado	Direito Privado	Flexibilidade parcial	Limitações orçamentárias	Média
Empresa Estatal	Direito Privado	Captação de receitas próprias	Foco econômico, não adequado à saúde pública	Baixa
Organização Social	Direito Privado (sem fins lucrativos)	Flexibilidade administrativa, foco em resultados. Direcionamento público por meio do contrato de gestão e participação do Estado na composição do Conselho Administrativo da OS. Controle estatal com possibilidade de reversão total dos bens e dos valores repassados, sem prejuízo de outras sanções.	Necessidade de controle rigoroso e transparência	Alta

Neste sentido, frente às alternativas elencadas, a OS apresenta vantagens comparativas relevantes por combinar eficiência administrativa, transparência, capacidade de inovação e sustentabilidade financeira, além de possibilitar maior integração com o SUS e articulação com o setor produtivo.

Abaixo foram consolidados aspectos de conveniência e oportunidade considerando-se a gestão por uma OS:

- ***Maior Eficiência na Gestão:*** As OSs têm maior flexibilidade administrativa e gerencial, o que permite otimizar processos, reduzir burocracias e agilizar tomadas de decisão, resultando em uma gestão mais eficiente dos recursos públicos na prestação de serviços à população.



- *Flexibilidade para Contratação e Gestão de Pessoal:* O modelo de Organização Social possibilita maior flexibilidade na contratação e na gestão de profissionais, ampliando a capacidade de atrair, reter e alocar recursos humanos de forma compatível com as necessidades específicas e dinâmicas das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS.
- *Incentivo à Inovação e à Qualidade dos Serviços:* O modelo de Organização Social favorece a adoção de práticas inovadoras e de metodologias de melhoria contínua, contribuindo para o aprimoramento da qualidade dos serviços ofertados à população e para o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema.
- *Foco em Resultados e Metas de Desempenho:* O modelo de Organização Social possibilita a pactuação de contratos de gestão com objetivos estratégicos, metas previamente definidas e indicadores de desempenho, promovendo o acompanhamento sistemático dos resultados e a responsabilização da entidade quanto à qualidade, à eficiência e à efetividade dos serviços prestados.
- *Agilidade e Eficiência na Gestão Financeira:* A autonomia administrativa conferida ao modelo de Organização Social favorece maior agilidade na execução orçamentária e financeira, incluindo processos de aquisição, contratação e manutenção dos serviços, contribuindo para a adequada continuidade das ações e para a eficiência operacional.
- *Gestão Qualificada dos Recursos Públicos:* Os mecanismos de transparência, monitoramento e prestação de contas inerentes ao modelo de gestão por OS, aliados à orientação para resultados, contribuem para o uso racional, eficiente e responsável dos recursos públicos destinados às ações e aos serviços de saúde.
- *Fomento à parceria entre Estado e sociedade:* O modelo de Organização Social possibilita a articulação com organizações da sociedade civil, instituições de ensino e pesquisa e o setor privado, promovendo parcerias



institucionais que ampliam a capacidade operacional, fortalecem a inovação e contribuem para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

- *Adequação às Necessidades Locais e Regionais:* A gestão descentralizada via OS permite que as unidades de saúde adaptem seus serviços conforme as necessidades específicas da população atendida, respeitando características regionais e locais.
- *Capacidade de Planejamento de Longo Prazo:* A estabilidade e autonomia da OS possibilitam planejamento estratégico sustentável, com foco em melhorias contínuas e ampliação dos serviços de saúde.
- *Rigorous controle estatal:* Direcionamento público por meio do contrato de gestão e participação do Estado na composição do Conselho Administrativo da OS. Controle estatal rigoroso com possibilidade de reversão total dos bens e dos valores repassados, sem prejuízo de outras sanções.

A demonstração, em termos da estimativa de custos financeiros e operacionais, bem como os benefícios esperados a partir da absorção da atividade por organização social, podem ser considerados de acordo com os aspectos centrais e horizontes temporais listados abaixo.

Tabela 2. Estimativa de custos, benefícios e horizonte temporal esperado a partir da gestão por OS.

Aspecto	Custos (Financeiro e Operacional)	Benefícios	Horizonte Temporal
Custos Administrativos	Custos de transição, contratação e supervisão das OS	Redução da burocracia, menor custo fixo e maior flexibilidade administrativa	Curto prazo
Eficiência Operacional	Investimento inicial em capacitação e tecnologia	Aprimoramentos na gestão, processos otimizados e agilidade no atendimento	Curto e médio prazo
Qualidade do Serviço	Investimento em infraestrutura digital e tecnológica e treinamento	Melhoria na qualidade dos serviços, maior satisfação do usuário	Médio prazo



Inovação Tecnológica	Investimento em tecnologia e atualização	Implementação de tecnologias modernas que reduzem custos e melhoram diagnósticos	Médio e longo prazo
Flexibilidade de Contratação	Adaptação ao novo regime trabalhista e contratos	Contratação ágil e especializada, atração de talentos	Curto prazo
Transparência e Controle	Necessidade de reforço em auditorias e prestação de contas	Melhor controle social e <i>accountability</i> via contratos de gestão	Curto e médio prazo
Sustentabilidade Financeira	Custos de manutenção e supervisão	Otimização do uso dos recursos públicos, redução de desperdícios	Médio e longo prazo
Impactos Sociais	Custos com adaptação às demandas da comunidade	Melhoria na saúde da população, redução de internações e doenças	Médio e longo prazo

Diante do exposto, a consolidação dos impactos esperados a curto, médio e longo prazo se apresentam a seguir.

Tabela 3. Consolidados dos impactos esperados a curto, médio e longo prazo a partir da gestão por OS.

Prazo	Impactos Esperados
Curto Prazo	- Redução de custos administrativos e aumento da agilidade. - Melhor adaptação organizacional.
Médio Prazo	- Melhoria da qualidade dos serviços prestados. - Adoção de processos inovadores e tecnológicos.
Longo Prazo	- Sustentabilidade financeira e operacional. - Melhora significativa na saúde da população. - Fortalecimento da rede pública e redução das desigualdades regionais.

3.1 ANÁLISE COMPARATIVA DE CUSTOS POR MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR

Foi realizada análise comparativa de dados secundários do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), considerando 15 estabelecimentos hospitalares, do tipo geral e de grande porte, para os anos de 2023 e 2024. A análise buscou comparar o custo médio mensal entre modelos de gestão hospitalar, especificamente Administração Pública direta (AP), Organizações Sociais (OS) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).



Os dados disponíveis se referem ao custo total mensal dos estabelecimentos, desagregado nas despesas gerais, despesas com pessoal, materiais de consumo e serviços de terceiros. Considerando a heterogeneidade estrutural entre hospitais, especialmente quanto à presença de leitos de terapia intensiva (UTI), foi construído um indicador padronizado de capacidade assistencial, denominado leitos equivalentes.

O cálculo de leitos equivalentes buscou permitir comparabilidade mínima entre estabelecimentos com diferentes perfis assistenciais, mediante ponderação diferenciada para leitos de UTI, reconhecendo a maior intensidade de recursos humanos, tecnológicos e insumos assistenciais associados à terapia intensiva. Para fins desta análise, foi atribuído peso 2,5 aos leitos de UTI em relação aos leitos de internação geral, seguindo a literatura internacional²⁻⁴, conforme a seguinte expressão:

$$\text{Leitos equivalentes} = \text{leitos de internação} + (\text{leitos de UTI} \times 2,5)$$

A partir dessa padronização, foi calculado o indicador de custo médio mensal por leito equivalente, obtido pela razão entre o custo total mensal do estabelecimento e o número de leitos equivalentes:

$$\text{Custo por leito equivalente} = \text{custo total mensal} / \text{leitos equivalentes}$$

Nesse contexto, observa-se menor custo médio por leito equivalente nas unidades sob gestão por OS em comparação à administração pública, considerando os hospitais gerais de grande porte com dados disponíveis no APURASUS para 2023 e 2024, conforme Tabela 4:

Tabela 4. Custo médio mensal por leito equivalente, segundo modelo de gestão hospitalar, com ponderação de leitos de UTI (peso 2,5), a partir de dados do APURASUS (2023–2024).

Modelo de Gestão	Média de Custo por leito equivalente
AP	R\$ 52.838,70
EBSERH	R\$ 105.100,87
OS	R\$ 44.242,16



A média estimada de custo por leito mensal equivalente foi de R\$ 44.242 nas unidades sob gestão por OS e de R\$ 52.838 na AP, correspondendo a valor aproximadamente 16% inferior nas OS. Para o modelo EBSERH, observou-se custo médio de R\$ 105.100 por leito equivalente, valor cerca de 99% superior ao estimado para a AP, considerando os estabelecimentos com dados disponíveis na amostra.

Verifica-se que a Organização Social apresenta condições institucionais e operacionais favoráveis para o apoio à gestão da rede de UTIs Inteligentes e do ITE, além de prover maior eficiência na sua estrutura de custos. No que se refere aos ganhos de qualidade e eficiência, a Organização Social pode ofertar serviços com maior resolutividade e satisfação dos usuários, em decorrência da autonomia gerencial para inovar, modernizar processos e flexibilizar sua estrutura organizacional, resguardando os mecanismos de controle, monitoramento e avaliação do Poder Público.

4. CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE BENEFICIÁRIA E O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL

A comunidade beneficiária da *Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão* inclui pacientes e usuários do SUS em âmbito federal, estadual e municipal, que demandam serviços de saúde com foco em medicina inteligente, tecnologia aplicada à saúde e inovação médica, atendendo indivíduos de diferentes faixas etárias, com prevalência em populações que necessitam de diagnósticos avançados, tratamentos personalizados e acompanhamento em tempo oportuno. Ainda enfatiza a demanda por acesso a tecnologias inovadoras, telemedicina, diagnósticos por inteligência artificial, terapias avançadas e capacitação profissional na área da saúde.

No âmbito do controle social e administrativo, a OS deverá dispor de um Conselho de Administração, instância responsável pela governança institucional e pela



representação da entidade perante a sociedade, com atribuições privativas previstas, entre outras, no art. 4º da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998⁵:

- I. *Fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;*
- II. *Aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;*
- III. *Aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;*
- IV. *Designar e dispensar os membros da diretoria;*
- V. *Fixar a remuneração dos membros da diretoria;*
- VI. *Aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;*
- VII. *Aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;*
- VIII. *Aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;*
- IX. *Aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;*
- X. *Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.*

Para os fins de atendimento aos requisitos de qualificação, o Conselho de Administração estruturado nos termos do Estatuto da Organização Social deverá adequar sua composição aos critérios legais básicos previstos no artigo 3º da referida Lei 9.637/98, que estabelece:

- a) *20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;*
- b) *20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;*
- c) *até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;*
- d) *10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;*
- e) *até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto.*



Nesse processo, haverá a participação do MS como membro nato do Conselho de Administração, como garantia de que as atividades praticadas pela OS estarão alinhadas às políticas e prioridades de saúde.

No exercício do controle social e administrativo estará a Comissão de Avaliação que, entre outras atribuições, controlará a aplicação dos recursos repassados pelo MS e acompanhará a gestão da OS qualificada. Para tal, utilizará os instrumentos e instâncias previstas em lei e estabelecidas no contrato de gestão, como o conselho fiscal, auditoria interna e externa. Sendo assim, a Comissão de Avaliação terá como tarefas supervisionar e avaliar o desempenho da OS tendo como elementos as metas e indicadores estabelecidos no contrato de gestão.

Além disso, há a previsibilidade do controle social instituído pelo SUS, por meio da Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, bem como a participação dos usuários em ouvidoria (SUS-156, estaduais e municipais).

5. ALINHAMENTO DA PUBLICIZAÇÃO À ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL

Os objetivos estratégicos relacionados à atuação da OS qualificada apresentam-se alinhados às políticas públicas estratégicas vigentes conforme pode ser observado abaixo.



Tabela 5. Relação das políticas públicas com os objetivos estratégicos relacionados ao setor de atuação da OS.

Política Pública	Objetivos Estratégicos relacionados ao setor de atuação da OS
Programa SUS Digital ⁶ Rede Nacional de Dados em Saúde ⁷ Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde ⁸ Componente SUS Digital do Programa Agora Tem Especialistas ⁹	OE1 - Ampliar a cobertura de telessaúde no SUS OE2 - Reduzir desigualdades regionais no acesso digital à saúde OE3 - Implementar IA para apoio diagnóstico em larga escala OE4 - Garantir interoperabilidade de dados com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs) OE5 - Capacitar equipes multiprofissionais em saúde digital OE6 - Ampliar a digitalização de prontuários eletrônicos nas unidades do SUS
Plano Nacional de Saúde (PNS) ¹⁰	OE7 - Integrar bases de dados epidemiológicos com inteligência artificial OE8 - Fortalecer a infraestrutura tecnológica hospitalar OE9 - Promover segurança cibernética em saúde digital
LOA 2026	OE10 - Expandir o uso de IA em UTIs e emergências médicas OE11 - Estimular parcerias público-privadas em saúde digital OE12 - Ampliar a avaliação de tecnologias em saúde digital
Política Nacional de Atenção Hospitalar ¹¹	OE 13 - Qualificar a atenção intensiva e de emergência, com integração em rede OE 14 - Reduzir o tempo de resposta assistencial e aprimorar a regulação OE 15 - Incorporar ferramentas de apoio à decisão clínica baseadas em dados OE 16 - Fortalecer a interoperabilidade entre serviços hospitalares OE 17 - Induzir a inovação organizacional e tecnológica com foco em desfechos assistenciais
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde ¹² Laboratório Inova SUS Digital ¹³	OE 18 - Estruturar ambiente institucional para gerar e validar conhecimento aplicado em soluções tecnológicas a fim de atender às necessidades sanitárias nacionais OE 19 - Potencializar a produção de evidências científicas estratégicas OE 20 - Fortalecer a racionalidade e a sustentabilidade do processo de incorporação tecnológica no SUS
Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde ¹⁴	OE 21 - Estruturar o ciclo completo de gestão tecnológica OE 22 - Institucionalizar práticas de monitoramento contínuo
Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde ¹⁵	OE 23 - Estimular a produção local OE 24 - Reduzir dependências tecnológicas externas OE 25 - Promover soberania científica e produtiva no setor saúde



	OE 26 - Reduzir vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso universal à saúde
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ¹⁶	OE 27 - Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS; OE 28 - Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde;

Nesse contexto, cabe salientar que o apoio à gestão da rede de UTIs Inteligentes e do ITE apresenta potencial para contribuir diretamente para as metas do PNS⁸, especialmente na ampliação do acesso, inovação tecnológica, qualificação da força de trabalho e fortalecimento do SUS. Outrossim, apoiará iniciativas de prevenção e promoção da saúde, com uso de tecnologias digitais para monitoramento remoto e análise preditiva de riscos em saúde. E, no que tange estratégias do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, buscará fomentar pesquisa aplicada, inovação em dispositivos médicos e integração produtiva.

6. ATIVIDADES A SEREM PUBLICIZADAS

As atividades previstas para serem executadas pela OS visam fortalecer a capacidade nacional de pesquisa, desenvolvimento, inovação e extensão tecnológica em saúde e áreas correlatas, bem como disseminar informações, conhecimentos, a adoção de soluções baseadas em tais tecnologias, e a geração e promoção de empreendimentos de base tecnológica, que contribuam para o progresso e o bem-estar da sociedade brasileira. Com esse objetivo, projeta-se que a OS a ser qualificada apresente capacidade técnica, administrativa e operacional para desenvolver as atividades alinhadas aos objetivos estratégicos previamente apresentados descritas na Tabela 6.



Tabela 6. Atividades e metas a serem publicizadas.

Macroprocessos	Objetivos	Atividades	Metas 2027-2030
Pesquisa e desenvolvimento tecnológico	OE1, OE2, OE3, OE4, OE5, OE6, OE8, OE13, OE14, OE16, OE18, OE19, OE20	Desenvolver, testar e validar soluções de inteligência artificial aplicadas ao diagnóstico, à triagem clínica e ao apoio à decisão em ambientes hospitalares e de urgência e emergência, com integração à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).	Desenvolvimento e validação de pelo menos 20 algoritmos de IA aplicados a exames de imagem, monitoramento clínico e estratificação de risco; Implementar sistema nacional de interoperabilidade de dados clínicos em 200 hospitais até 2027; Aumento mínimo de 30% na acurácia diagnóstica com uso de IA exames de imagem até 2028.
Extensão tecnológica e transferência de tecnologia	OE2, OE3, OE7, OE10, OE11, OE13, OE15, OE17, OE18, OE20, OE23, OE24, OE26	Promover a disseminação, adaptação e transferência de tecnologias digitais em saúde para unidades do SUS, apoiando a adoção de soluções inovadoras em diferentes contextos regionais.	Implementação de Observatório Nacional de Inteligência Artificial em Saúde (ONIAS); Apoio à criação ou fortalecimento de polos regionais de inovação em saúde digital.
Formação de capital intelectual e disseminação do conhecimento	OE1, OE5, OE7, OE9, OE17, OE20, OE 25, OE27, OE28	Planejar e executar programas nacionais de formação e capacitação de profissionais de saúde, gestores e técnicos em saúde digital, inteligência artificial, análise de dados e gestão hospitalar inteligente.	Ações de estímulo ao uso de <i>big data</i> e <i>analytics</i> para vigilância epidemiológica preditiva; Implementar programa nacional de capacitação em saúde digital para 25 mil profissionais até 2026.
Geração e promoção de empreendimentos de base tecnológica	OE1, OE2, OE3, OE11, OE12, OE18, OE19, OE20, OE21, OE22, OE24, OE25	Estimular a inovação e o empreendedorismo em saúde digital, apoiando projetos-piloto, parcerias com universidades, <i>startups</i> , centros de pesquisa e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).	Desenvolvimento de projetos-piloto de hospitais inteligentes com uso de IA e telessaúde integrada; Estabelecimento de parcerias estratégicas com instituições nacionais e internacionais de pesquisa e inovação; Apoio à criação de soluções tecnológicas com potencial de escalabilidade no SUS.

As metas quantitativas e qualitativas indicadas acima possuem caráter referencial e prospectivo, estando sujeitas à consolidação, ao detalhamento e a eventuais ajustes no âmbito do contrato de gestão, em conformidade com os instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde e com o marco normativo aplicável.



6.1. COMO É FEITO ATUALMENTE

Por se tratar da implementação de serviços de saúde completamente inovadores, algumas experiências internacionais, em distintas localidades do mundo, foram levantadas a fim de servirem como exemplos. As experiências em âmbito nacional são escassas e incipientes, geralmente em fase de projeto-piloto. Logo abaixo, estão relacionados algumas destas experiências de acordo com o tema que abordam.

- Monitoramento apoiado por inteligência artificial em UTIs: voltado à previsão de risco, como sepse, deterioração clínica e prognóstico no leito. A literatura científica e projetos recentes evidenciam o uso crescente de modelos de IA capazes de gerar alertas em tempo real, apoiar a triagem e a tomada de decisão clínica. Essas aplicações constituem um elemento central do conceito de UTI inteligente (*Smart ICU*), sendo objeto de estudos e revisões internacionais que documentam tanto sua eficácia quanto suas limitações.
- Ambulâncias conectadas por redes 5G, voltadas à admissão remota e teleconsulta em trânsito: projetos desenvolvidos na China demonstram a viabilidade de ambulâncias 5G na transmissão de sinais vitais, imagens e outros dados clínicos, em tempo real, ao hospital de destino, permitindo a preparação antecipada da equipe assistencial. No Brasil, já foram conduzidos pilotos e iniciativas semelhantes, incluindo experiências com transmissão de exames como eletrocardiograma, vídeos e coordenação pré-hospitalar do atendimento antes da chegada do paciente à unidade.
- Também se destacam as iniciativas de telessaúde e de “hospitais virtuais” ou redes de atendimento remoto: plataformas digitais centralizadas viabilizam consultas especializadas, monitoramento remoto de pacientes e articulação entre múltiplas unidades hospitalares. Experiências internacionais, como a do Hospital Seha Virtual na Arábia Saudita, demonstram a capacidade desses modelos de ampliar o acesso a cuidados especializados e otimizar a



coordenação assistencial, tendência igualmente observada em rankings e análises de hospitais inteligentes, que apontam ampla adoção da telemedicina.

- Por fim, há exemplos de hospitais de referência com infraestrutura consideradas “inteligentes” (*smart*): integram prontuários eletrônicos, algoritmos de apoio ao diagnóstico, soluções de inteligência artificial, robótica cirúrgica e plataformas voltadas à experiência do paciente. Instituições de renome internacional norte-americanas, como Cleveland e Mayo Clinic, assim como europeias e asiáticas, já operam com esse nível de maturidade tecnológica, servindo como referência para iniciativas semelhantes anunciadas no contexto brasileiro.

Considerando os modelos já em operação, bem como as iniciativas em fase de projeto-piloto, a proposta da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão apresenta como principal diferencial a integração em larga escala de múltiplos componentes assistenciais e tecnológicos. Nesse sentido, o projeto combina elevado grau de inovação tecnológica, conferindo singularidade e relevância estratégica à iniciativa.

6.2 LIMITAÇÕES ATUAIS E POTENCIALIDADES DA PUBLICIZAÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A atuação da OS qualificada no apoio à gestão da rede de UTIs Inteligentes e do ITE se apresenta com relevante potencialidade, visto o fato de ter o MS participando de sua gestão e flexibilidade para a gestão e suprimento de pessoal. Apresenta, ainda, liberdade para a captação, gestão e uso de receitas próprias.



Com relação à atuação, a OS a ser qualificada deverá estar alinhada com os objetivos e diretrizes das Políticas de Saúde, observado o Plano Nacional de Saúde (2024-2027)¹⁰ e o Programa SUS Digital⁶, do Ministério da Saúde, especificamente no que tange ao apoio à gestão e implementação da rede de UTIs Inteligentes e do ITE com uso de tecnologias digitais, incluída a Inteligência Artificial.

A proposta tem ênfase no atendimento às necessidades da sociedade brasileira e no alcance de resultados qualitativos e quantitativos a serem previamente pactuados. Adicionalmente, a futura entidade estará sujeita ao controle social de forma transparente e direcionada a cada um de seus objetivos e atividades, em conformidade com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹⁷.

Destaca-se, ainda, que o modelo de Organização Social para o setor saúde é estratégico na implementação dos diferentes tipos de atividades e serviços propostos. O uso de tecnologias digitais baseadas em inteligência artificial tem apresentado evolução no país, contudo, sua aplicação ainda se encontra em estágio incipiente, majoritariamente restrita a iniciativas-piloto conforme exemplos previamente mencionados. Em contrapartida, o Brasil dispõe de uma comunidade acadêmica e científica sólida e bem estabelecida, com reconhecida capacidade de produção de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, o que constitui base estratégica para a expansão e a consolidação dessas soluções em maior escala.

Nesse sentido, a atuação da Organização Social deverá ser orientada por eixos de atuação complementares, em conformidade com o disposto na Lei nº 9.637, de 1998⁵, que disciplina a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como Organizações Sociais e a pactuação de resultados por meio de contrato de gestão. Esses eixos compreendem a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico, a extensão tecnológica e a transferência de tecnologia, a capacitação e a formação de recursos humanos com perfil tecnológico, bem como a promoção de empreendimentos de base tecnológica, todos voltados à constituição e à consolidação de um ambiente integrado e favorável ao desenvolvimento científico, tecnológico e inovador em saúde. As



atividades deverão ser desenvolvidas em articulação com instituições nacionais e internacionais e poderão incluir a prestação de serviços de consultoria e de assistência técnica especializada. As ações descritas deverão contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para o adensamento das iniciativas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Os conhecimentos e a experiência acumulados nas áreas de pesquisa e desenvolvimento tecnológico deverão estar devidamente sistematizados em metodologias de trabalho claramente definidas, com domínio e proficiência no uso de ferramentas específicas e, sobretudo, em registros técnicos e documentais associados aos diversos projetos desenvolvidos. Nesse sentido os principais desafios se encontram justamente na seleção de proponentes com expertise na área, tendo em vista as especificidades técnicas preponderantes para a entrega das atividades elencadas anteriormente.

7. ESTIMATIVA FINANCEIRA PARA O FOMENTO

Os recursos financeiros destinados às atividades da OS são: (i) US\$ 320 milhões (R\$ 1,76 bilhões) pela operação de crédito firmada com o Novo Banco de Desenvolvimento (NBD), (ii) US\$ 20 milhões (R\$ 110 milhões) por parte do Ministério da Saúde e (iii) US\$ 10 milhões (R\$ 55 milhões) pelo Governo do Estado de São Paulo.

A estimativa de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades da OS, no período do contrato de gestão, com vigência de quatro anos, renovável por igual período, contemplará a estruturação do ITE, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o HC-FMUSP; a coordenação das 14 UTIs inteligentes; plataforma de telessaúde e diagnóstico remoto; laboratório de desenvolvimento em inteligência artificial aplicada à saúde; programas de capacitação de profissionais de saúde e apoio a unidades do SUS por meio de tecnologia e inovação.

A proposta de financiamento para a construção, equipagem, provimento de tecnologia e aplicação de inovações no ITE corresponde a US\$ 350 milhões (trezentos e



cinquenta milhões de dólares), aproximadamente R\$ 1,9 bilhão (um bilhão e novecentos milhões de reais). O valor será utilizado conforme cronograma previsto de execução abaixo.

Tabela 7 – Estimativa de necessidade orçamentária (em R\$ milhões).

Destinação Orçamento	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4
Obras civis	217,8	401,0	197,6	19,5
Equipamentos médicos	174,8	321,9	158,6	15,7
Sistemas de TI	35,8	66,0	32,5	3,2
Instalações auxiliares	5,7	10,6	5,2	0,5
Treinamento e comissionamento	2,9	5,3	2,6	0,3
Contingências	8,5	15,6	7,7	0,8
Gestão e supervisão do projeto e serviços de consultoria técnica	11,8	21,8	10,7	1,1
Avaliação e auditoria externa	2,6	4,8	2,4	0,2
Terreno	14,3	26,4	13,0	1,3
Atividades preparatórias	25,8	47,5	23,4	2,3
Total	500,1	920,8	453,8	44,9

Fonte: Ministério da Saúde.

(i) As contingências incluem contingências físicas e de preço, estimadas em 2% do custo base.

(ii) As atividades de preparação do projeto incluem a elaboração de estudos ambientais e sociais (E&S), demolição do edifício existente no terreno identificado para o Projeto, limpeza do local e preparação do projeto preliminar e engenharia.

(iii) Os totais podem não coincidir exatamente devido a arredondamentos.

A execução do projeto será financiada por diferentes fontes orçamentárias, quais sejam R\$ 1,76 bilhão (91,4%) por empréstimo do NDB, R\$ 110 milhões (5,7%) de do Governo do Brasil e R\$ 55 milhões (2,9%) do Governo do Estado de São Paulo, conforme Tabela 8.

Tabela 8: Fontes de receitas (em R\$ milhões).

Fonte de Financiamento	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4
Empréstimo (NDB)	419	873,9	438,6	28,5
Governo Federal	27,5	49,5	16,5	16,5
Governo do Estado de São Paulo	55	-	-	-
Total	501,5	923,4	455,1	45

Fonte: Ministério da Saúde.



7.1 DA EVENTUAL CESSÃO DE BENS IMÓVEIS E MATERIAIS

Conforme disposto em Acordo de Cooperação Técnica (ACT)/MS nº 8/2025, firmado entre Ministério da Saúde, Governo de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o terreno destinado à implementação do ITE pertence à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A posse deste terreno, livre e desembaraçado, será cedida, por intermédio de instrumento jurídico próprio, à União para fins de demolição da edificação existente e construção, equipagem, implementação de soluções tecnológicas para uma unidade hospitalar de alta complexidade e incorporação das inovações previstas no âmbito do ITE. Concluída essa etapa, e com vistas à operacionalização do ITE e à prestação de serviços à comunidade, os bens construídos, implantados ou adquiridos serão cedidos ao HC-FMUSP, mediante instrumento jurídico próprio, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde.

Dessa forma, não haverá transferência de bens imóveis ou materiais para a Organização Social. Do mesmo modo, no que se refere à rede de UTIs inteligentes, os bens móveis e demais materiais permanecem sob a propriedade das instituições a que estão vinculados.

8. GOVERNANÇA COMPARTILHADA E SUPERVISÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

O Ministério da Saúde (MS) será o principal órgão gestor e supervisor, responsável por regulamentar e acompanhar a execução dos contratos de gestão firmados com a OS.

O Departamento de Cooperação Técnica, Inovação e Desenvolvimento em Saúde, da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DECOOP/SE/MS), por meio da Portaria GM/MS nº 10.126, de 5 de janeiro de 2026¹⁸, foi designado como unidade executora e ponto focal do Projeto de Implementação do Primeiro Hospital Inteligente



do Brasil, no âmbito da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão, sendo responsável pela execução e fiscalização dos contratos de gestão celebrados com organizações sociais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) exercerá supervisão complementar em aspectos tecnológicos, regulatórios e de inovação médica, conforme competências previstas na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999¹⁹.

O Tribunal de Contas da União (TCU), procederá à fiscalização do uso dos recursos públicos destinados à OS. A Controladoria-Geral da União (CGU), atuará no Controle interno e auditorias de conformidade e transparência.

Para além destes, o Conselho Nacional de Saúde seguirá acompanhando o desenvolvimento das atividades, conforme determinado pela Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990²⁰ e efetivado pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990¹⁷.

8.1. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Compete ao Ministério da Saúde definir as metas estratégicas da iniciativa, supervisionar e fiscalizar a execução do contrato de gestão, assegurar o financiamento e o monitoramento das ações pactuadas e avaliar os resultados alcançados, com base em relatórios técnicos, indicadores de desempenho e auditorias periódicas.

Sendo assim, foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, via Portaria GM/MS nº 10.067 de 31 de dezembro de 2025²¹, Grupo de Trabalho para organização da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão, com a finalidade de discutir, avaliar e propor modelo tecnológico, assistencial e de gestão da Rede.

O Grupo de Trabalho será composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades do MS: Secretaria-Executiva; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Secretaria de Informação e



Saúde Digital; Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Assessoria Especial do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.

8.2. COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Compete à Organização Social executar as ações firmadas em contrato de gestão específico junto ao Ministério da Saúde, tais como: desenvolver iniciativas de inovação e pesquisa aplicada em saúde, promover a qualificação dos profissionais envolvidos, assegurar a transparência e a adequada prestação de contas e captar recursos complementares, em conformidade com as normas aplicáveis e com os objetivos estratégicos estabelecidos.

9. GESTÃO DE RISCOS

A metodologia utilizada no presente estudo de publicização para o gerenciamento de riscos está representada abaixo:

Figura 1. Metodologia de Gerenciamento de Riscos²².

Objetivando a identificação e o mapeamento dos riscos envolvidos na publicização para qualificação da Organização Social, considerou-se a probabilidade de o evento de risco ocorrer, bem como o impacto que ele provocaria sobre o projeto. Assim, a matriz de riscos, apresenta-se estruturada em 3 fases: planejamento, seleção e execução.



Tabela 9. Matriz de Riscos - Fase de Planejamento.

Categoria do Risco	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Medidas de Mitigação (Tratamento)	Responsável
Restrição de proponentes	Restrição de proponentes por necessidade de pré-requisitos específicos que atendam o escopo inovador do projeto.	Alta	Muito alto	Prospecção de mercado: Os requisitos de seleção serão amplamente discutidos para se detectar o que é mais relevante para o projeto diante do seu escopo de inovação tecnológica e considerando a realidade de mercado atual. Priorização de pré-requisitos: Será realizada a consolidação dos pontos mais primordiais do serviço e se estabelecer pesos para os pré-requisitos a serem usados na seleção da OS.	MS
Qualidade da publicização	Modelo de publicização mal elaborado	Baixa	Muito alto	Formação de comitê de seleção adequado e plural para elaboração de diretrizes de seleção claras e bem definidas, a fim de mitigar os efeitos de uma possível inadequação do estudo de publicização ou no próprio edital de seleção.	MS



Tabela 10. Matriz de Riscos - Fase de Seleção.

Categoria do Risco	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Medidas de Mitigação	Responsável
Adesão e qualidade das propostas	Baixa adesão de propostas qualificadas	Muito alta	Muito alto	Considerando o escopo inovador do projeto no país, pode-se disponibilizar mecanismos de suporte aos potenciais proponentes, esclarecendo dúvidas sobre o edital (atuação passiva); e entrando em contato com aqueles considerados líderes de mercado (atuação ativa).	MS
Seleção	Banca de seleção pouco qualificada e/ou diversificada	Média	Alto	Banca de seleção ampla e diversificada: Envolver os principais stakeholders na seleção das propostas, priorizando a pluralidade de pontos de vista.	MS

Tabela 11. Matriz de Riscos - Fase de Execução.

Categoria do Risco	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Medidas de Mitigação	Responsável
Operacional	Resistência de profissionais à adoção de soluções IA e saúde digital	Média	Alto	Programas de educação permanente, suporte técnico contínuo; participação das equipes na elaboração das soluções.	OS
Tecnológico/Informação	Vulnerabilidades em cibersegurança e indisponibilidade de sistemas	Alta	Alto	Política de segurança da informação; auditorias periódicas; certificações de segurança; planos de contingência e continuidade	OS
Financeiro/Orçamentário	Insuficiência de recursos regionais para sustentação das ações	Média	Médio	Cofinanciamento com estados e municípios; diversificação de fontes de financiamento; planejamento financeiro pactuado em	MS/OS



				contrato de gestão	
Tecnológico	Obsolescência tecnológica das soluções implementadas	Média	Alto	Contratos com previsão de atualização tecnológica; adoção de arquitetura modular; parcerias com centros de inovação	OS
Governança/Integridade	Desvio de finalidade ou má gestão	Baixa	Alto	Governança robusta, auditorias externas, controle social e transparência ativa; monitoramento contínuo pelo MS	MS/OS
Regulatório/Jurídico	Inadequação regulatória na execução das atividades do projeto.	Média	Muito alto	Delimitação clara do objeto no contrato de gestão; cláusulas de vedação; acompanhamento sistemático pelo Conselho de Administração e Conjor/MS	MS

10. CRONOGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Tabela 12: Cronograma de Qualificação da OS.

Etapa		Prazo (em dias)	Prazo (acumulado)
1	Elaboração do Estudo de Publicização	30	150 dias
2	Publicação do Edital e Seleção da Entidade	90	
3	Publicação de Ato de Qualificação da(s) Entidade(s)	30	



11. CRONOGRAMAS DE IMPLEMENTAÇÃO

11.1. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO 1: 14 UTIs INTELIGENTES, COM FOCO EM CARDIOLOGIA E NEUROLOGIA

Tabela 13. Cronograma de implementação do Eixo 1: 14 UTIs inteligentes, com foco em cardiologia e neurologia.

Marco	Data estimada de início	Data estimada de término
Levantamento diagnóstico	Janeiro de 2026	Fevereiro de 2026
Análise e Planejamento das aquisições necessárias	Fevereiro 2026	Março 2026
Aquisição de equipamentos e serviços	Março 2026	Junho 2026
Implementação das UTIs inteligentes	Junho 2026	Outubro de 2026
Início das operações das UTIs Inteligentes	Novembro de 2026	-

11.2 CRONOGRAMA PROVISÓRIO DE IMPLEMENTAÇÃO DO EIXO 2: INSTITUTO TECNOLÓGICO DE EMERGÊNCIA

Tabela 14. Cronograma de implementação do Eixo 2: Instituto Tecnológico de Emergência.

Marco	Data estimada de início	Data estimada de término
Atividades de arranjo institucional		
Assinatura do ACT	Setembro de 2025	Novembro de 2025
Qualificação da OS	Primeiro trimestre de 2026	Segundo trimestre de 2026
Assinatura do contrato de gestão entre o MS e a OS	Segundo trimestre de 2026	Segundo trimestre de 2026
Estruturação do quadro de pessoal da OS e instituição das instâncias de governança	Segundo trimestre de 2026	Terceiro trimestre de 2026
Instituição do grupo de trabalho de gestão interinstitucional	Setembro de 2025	Segundo trimestre de 2026
Atividades de preparação do projeto		
Cessão do terreno do GESP ao MS	Novembro de 2025	Junho de 2026
Designação de unidade executora e ponto focal no MS para implementação do projeto e apoio às providências correlatas.	Setembro de 2025	Novembro de 2025
Processo de licenciamento e estudos socioambientais para a demolição	Outubro de 2025	Dezembro de 2026
Contratação de empreiteira para a demolição	Fevereiro de 2026	Junho de 2026



Conclusão da demolição	Julho de 2026	Setembro de 2026
Contratação de consultoria para o projeto básico	Segundo trimestre de 2026	Terceiro trimestre de 2026
Conclusão do projeto básico	Terceiro trimestre de 2026	Terceiro trimestre de 2026
Estruturação dos pacotes de contratação com base no projeto básico	Terceiro trimestre de 2026	Quarto trimestre 2026
Contratação de consultoria para os estudos socioambientais	Novembro de 2025	Julho de 2026
Conclusão dos estudos socioambientais	Março de 2026	Outubro de 2026
Emissão da licença preliminar	Terceiro trimestre de 2026	Quarto trimestre 2026
Atividades de implementação do projeto		
Construção civil		
Chamada para a apresentação de propostas	Segundo trimestre de 2026	Terceiro trimestre de 2026
Assinatura do contrato	Terceiro trimestre de 2026	Terceiro trimestre de 2026
Conclusão do projeto detalhado de engenharia	Quarto trimestre de 2026	Quarto trimestre de 2026
Emissão de licença de instalação e outras autorizações necessárias para a construção	Quarto trimestre de 2026	Quarto trimestre de 2026
Início da construção	Primeiro trimestre de 2027	Terceiro trimestre de 2028
Conclusão da obra e comissionamento	Terceiro trimestre de 2028	Quarto trimestre de 2028
Equipamentos médicos		
Chamada para a apresentação de propostas	Terceiro trimestre de 2027	Terceiro trimestre de 2027
Assinatura do contrato	Quarto trimestre de 2027	Quarto trimestre de 2027
Fornecimento e instalação de equipamentos	Primeiro trimestre de 2028	Quarto trimestre de 2028
Comissionamento	Quarto trimestre de 2028	Quarto trimestre de 2028
Sistemas de TI		
Chamada para a apresentação de propostas	Terceiro trimestre de 2027	Terceiro trimestre de 2027
Assinatura do contrato	Quarto trimestre de 2027	Quarto trimestre de 2027
Desenho e instalação dos sistemas	Primeiro trimestre de 2028	Terceiro trimestre de 2028
Comissionamento	Quarto trimestre de 2028	Quarto trimestre de 2028
Implementação da arquitetura de saúde digital		
Aquisição e definição da arquitetura	Primeiro trimestre de 2027	Terceiro trimestre de 2027
Desenvolvimento e implementação	Primeiro trimestre de 2028	Quarto trimestre de 2028
Operações		
Treinamento do quadro de pessoal médico	Quarto trimestre de 2028	Primeiro trimestre de 2029
Preparação do plano de recursos humanos	Quarto trimestre de 2028	Primeiro trimestre de 2029
Emissão da licença operacional	Segundo trimestre de 2029	Segundo trimestre de 2029
Início das operações do hospital	Segundo trimestre de 2029	-

*Fonte: Adaptado de Aide-mémoire: Missão de Avaliação para o Projeto do Hospital Inteligente do Brasil - (MS; NDB; FMUSP).



12. CONCLUSÃO E ENCAMINHAMENTOS

À luz das análises apresentadas neste Estudo de Publicização, conclui-se que a qualificação de Organização Social, em âmbito federal, revela-se viável, conveniente e oportuna para apoio à implementação da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Precisão.

A complexidade técnica, a elevada densidade tecnológica e a necessidade de integração de infraestrutura física, ambientes digitais, pesquisa translacional, inovação tecnológica e formação de recursos humanos especializados demandam um modelo de gestão capaz de assegurar agilidade operacional, flexibilidade administrativa e foco em resultados, características compatíveis com o modelo de Organização Social, conforme previsto no marco legal vigente.

O estudo evidencia, ainda, que a publicização não implica a transferência da responsabilidade estatal, permanecendo o Ministério da Saúde responsável pelo planejamento estratégico, regulação, monitoramento, avaliação e controle das ações executadas, por meio de contrato de gestão com metas, indicadores de desempenho e mecanismos de governança claramente definidos.

Dessa forma, a adoção do modelo de Organização Social apresenta-se como alternativa adequada para fortalecer a capacidade institucional do Estado na implementação de políticas públicas inovadoras e estruturantes, alinhadas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), às políticas nacionais de saúde digital, inovação e ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Diante do exposto, propõe-se o seguinte encaminhamento no âmbito do Ministério da Saúde:



1. Submissão do presente Estudo de Publicização às instâncias técnicas e jurídicas competentes, para análise e manifestação quanto à sua conformidade legal, técnica e administrativa;
2. Adoção das providências administrativas necessárias à instauração do processo de qualificação da Organização Social;
3. Elaboração e posterior pactuação de contrato de gestão, no qual serão detalhadas as metas, os indicadores de desempenho, os mecanismos de monitoramento, avaliação e controle, bem como as responsabilidades das partes;
4. Articulação interinstitucional, quando necessário, com órgãos e entidades da administração pública federal e demais parceiros estratégicos, para assegurar a adequada implementação e governança da iniciativa. Ressalta-se que a efetiva implementação da iniciativa estará condicionada às deliberações das instâncias competentes, à disponibilidade orçamentária e financeira e à observância integral do marco legal e regulatório aplicável.



REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017.** Regulamenta a Lei nº 9.637/1998. *Diário Oficial da União*: Brasília, 1º nov. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm. Acesso em: 02 mar 2026.
2. DASTA, J. F.; MCLAUGHLIN, T. P.; MODY, S. H.; PIECH, C. T. Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, v. 33, n. 6, p. 1266–1271, jun. 2005. DOI: 10.1097/01.ccm.0000164543.14619.00. PMID: 15942342. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjurnal/abstract/2005/06000/daily_cost_of_an_intensive_care_unit_day_the.13.aspx. Acesso em: 10 mar 2026.
3. TAN, S. S.; BAKKER, J.; HOOGENDOORN, M. E.; KAPILA, A.; MARTIN, J.; PEZZI, A.; PITTONI, G.; SPRONK, P. E.; WELTE, R.; HAKKAART-VAN ROIJEN, L. Direct cost analysis of intensive care unit stay in four European countries: applying a standardized costing methodology. *Value in Health*, v. 15, n. 1, p. 81–86, jan. 2012. DOI: 10.1016/j.jval.2011.09.007. PMID: 22264975. Disponível em: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)03509-1/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301511035091%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)03509-1/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301511035091%3Fshowall%3Dtrue). Acesso em: 10 mar 2026.
4. REARDON, P. M.; FERNANDO, S. M.; VAN KATWYK, S.; THAVORN, K.; KOBOWKA, D.; TANUSEPUTRO, P.; ROSENBERG, E.; WAN, C.; VANDERSPANK-WRIGHT, B.; KUBELIK, D.; DEVLIN, R. A.; KLINGER, C.; KYEREMANTENG, K. Characteristics, outcomes, and cost patterns of high-cost patients in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice*, v. 2018, p. 5452683, 2018. DOI: 10.1155/2018/5452683. PMID: 30245873. PMCID: PMC6139208. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2018/5452683>. Acesso em: 10 mar 2026.
5. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, 15 mai. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 02 mar 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. *Diário Oficial da União*: Brasília, 4 mar. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.232-de-1-de-marco-de-2024-546278935>. Acesso em: 02 mar 2026.
7. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 12.560, de 23 de julho de 2025.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde e sobre as Plataformas SUS Digital e regulamenta o art. 47 e o art. 47-A, caput, § 1º e § 2º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Brasília, 24 de julho de 2025. Disponível em:



https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12560.htm. Acesso em 02 mar 2026.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, 29 de maio de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.691-de-23-de-maio-de-2024-562742406>. Acesso em 02 mar 2026.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.495, de 04 de agosto de 2025**. Dispõe sobre o Componente SUS Digital do Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, 05 de agosto de 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.495-de-4-de-agosto-de-2025-646194974>. Acesso em 02 mar 2026.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>. Acesso em: 02 mar 2026.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 02 mar 2026.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. Acesso em: 02 mar 2026.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.564, de 18 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Laboratório Inova SUS Digital, do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, 18 de abril de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.564-de-18-de-abril-de-2024-555679304>. Acesso em 02 mar 2026.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 02 mar 2026.



15. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.715, de 26 de setembro de 2023**. Institui a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, 27 set. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11715.htm. Acesso em: 02 mar 2026.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017**. ANEXO XL - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, 03 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXL. Acesso em: 24 mar 2026.

17. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 02 mar 2026.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.126, de 5 de janeiro de 2026**. Designa o Departamento de Cooperação Técnica, Inovação e Desenvolvimento em Saúde - DECOOP/SE/MS como unidade executora e ponto focal do Projeto de Implementação do Primeiro Hospital Inteligente do Brasil, no âmbito da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão. *Diário Oficial da União*: Brasília, 5 jan. 2026. Disponível em: [Portaria GM/MS Nº 10.126, DE 5 DE janeiro DE 2026 - Portaria GM/MS Nº 10.126, DE 5 DE janeiro DE 2026 - DOU - Imprensa Nacional](#). Acesso em: 02 mar 2026.

19. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, 26 jan. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm. Acesso em: 02 mar 2026.

20. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 02 mar 2026.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10.067, de 31 de dezembro de 2025**. Institui o Grupo de Trabalho para organização da Rede Nacional de Hospitais e Serviços Inteligentes e Medicina de Alta Precisão. *Diário Oficial da União*: Brasília, 31 dez. 2025. Disponível em: [Portaria GM/MS Nº 10.067, DE 31 DE dezembro DE 2025 - Portaria GM/MS Nº 10.067, DE 31 DE dezembro DE 2025 - DOU - Imprensa Nacional](#). Acesso em: 02 mar 2026.

22. BRASIL. Ministério da Economia. **Estudo de publicização do Centro de Bionegócios da Amazônia (CBA)**. Brasília, DF, 02 mar 2026.