

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Implantação das **Redes de Atenção** **à Saúde** e Outras Estratégias da SAS



Brasília – DF
2014



Clínica de Saúde da Família – RJ



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

Implantação das **Redes de Atenção à Saúde** e Outras Estratégias da SAS



Brasília – DF
2014



© 2014 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1º edição – 2014 – 10.000 exemplares

Coordenação, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G

9º andar – Gabinete SAS

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Telefone: (61) 3315-2669

Site: www.saude.gov.br/sas

Editor Geral:

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Coordenação Técnica:

Celeste de Souza Rodrigues

Lêda Lucia Couto de Vasconcelos

Jornalista Responsável:

Tiago Souza DRT - 8120/0523

Equipe de Comunicação:

Bruna Bonelli

Kenia Marcia Meira dos Santos

Luciano Freire

Thiago Castellan

Tiago Souza

Fotografias:

Radilson Carlos Gomes

Luciano Freire

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Revisão:

Marcia Medrado Abrantes

Silene Lopes Gil

Normalização:

Maristela da Fonseca Oliveira

Marjorie Fernandes Gonçalves

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

160 p. : il.

ISBN 978-85-334-2115-8

1. Atenção à Saúde. 2. Serviços de Saúde. I. Título. II. Secretaria de Atenção à Saúde.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0060

Títulos para indexação:

Em inglês: Book of the Health Care Secretariat

Em espanhol: Libro de la Secretaría de Atención a la Salud

Sumário

■	Apresentação.....	5
Parte 1		
■	1 Contextualização e Governança das Redes de Atenção à Saúde.....	9
	1.1 As Redes de Atenção à Saúde.....	9
	1.2 Redes Temáticas Priorizadas com Pactuação Tripartite	10
	1.3 Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.....	11
	1.3.1 Componentes.....	11
	1.3.2 Fases	11
	1.3.3 Redes e Planos	12
	1.4 Governança das Redes de Atenção à Saúde	12
■	2 Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde.....	17
	2.1 Atenção Básica: Eixo de Ações Específicas	17
	2.1.1 Financiamento com Equidade	18
	2.1.2 Infraestrutura e Condições de Trabalho	18
	2.1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs)	19
	2.1.4 Acesso com Qualidade.....	19
	2.1.5 Programa Mais Médicos.....	28
	2.2 Atenção Básica: Eixo de Ações Transversais às Redes Temáticas	30
	2.2.1 Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial	30
	2.2.2 Atenção Básica e as Ações de Prevenção e Controle do Câncer.....	33
	2.2.3 Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência (RUE).....	35
	2.2.4 Atenção Básica e a Rede Cegonha	38
■	3 Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde.....	41
	3.1 Rede Cegonha.....	41
	3.1.1 Leitos para gestante de alto risco – Leitos GAR	46
	3.1.2 Leitos de UTI adulto para gestantes e puérperas	49
	3.1.3 Leitos de UTI neonatal	51
	3.1.4 Leitos de UCI neonatal convencional	53
	3.1.5 Plano das Ações Estratégicas para Redução da Morte Materna	54
	3.2 Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	58
	3.3 Rede de Atenção Psicossocial.....	63
	3.3.1 Programa <i>Crack</i> : é possível vencer – Eixo Cuidado.....	69
	3.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	70

3.5 Rede de Urgência e Emergência	73
3.5.1 Aprovação dos Planos de Ação Regionais (PARs)	73
3.5.2 Salas de Estabilização.....	73
3.5.3 Força Nacional do SUS.....	74
3.5.4 Serviço Móvel de Atenção às Urgências (Samu)	75
3.5.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).....	77
3.5.6 Atenção Domiciliar	78
3.5.7 Componente Hospitalar	79
4 Alguns Aspectos do Financiamento e Gestão de Recursos das Redes de Atenção à Saúde	89
4.1 Descentralização da Gestão de Recursos para Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC)	89
4.2 Evolução do Financiamento das Ações Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade (MAC)	91
4.3 Investimentos	92
4.3.1 Investimentos Aprovados para as Redes de Atenção à Saúde	92
5 Desafios e Perspectivas Comuns a Todas as Redes Temáticas de Atenção à Saúde	99
5.1 Desafios quanto à Implementação	99
5.2 Perspectivas quanto à Implementação.....	100

Parte 2

6 Outras Estratégias e Ações de Gestão da SAS	105
6.1 Ações Estratégicas	105
6.1.1 Atenção Básica	105
6.1.2 Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa: Garantia do Envelhecimento Ativo e Saudável	108
6.1.3 Saúde do Homem	108
6.1.4 Controle da Dengue	109
6.1.5 Transplantes	109
6.1.6 Projeto Olhar Brasil	110
6.1.7 Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	112
6.1.8 Sangue e Hemoderivados	112
6.1.9 Eletivas.....	113
6.1.10 Doenças raras.....	117
6.1.11 Doença renal crônica	119
6.2 Ações de Gestão.....	120
6.2.1 Cebas	120
6.2.2 Recursos de MAC.....	132
6.2.3 Política Nacional de Atenção Hospitalar	135
6.2.4 Organização da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	137
7 Considerações finais: enfrentando os desafios da atenção no SUS	143
Referências	149
ANEXO.....	157
Anexo A – Atos Normativos das Redes Temáticas Priorizadas	157

Apresentação

A atual gestão do Ministério da Saúde, na Atenção à Saúde, concentrou seus esforços, nos anos de 2011 a 2013, na implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Básica por entender que a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representará um avanço na organização do Sistema Único de Saúde, nos seus resultados e na sua avaliação pela população. Além de evidências mundiais e brasileiras do custo efetividade da implantação das RAS, há o convencimento de que a busca do princípio constitucional da integralidade só tem chance de ser conquistada a partir das RAS nos diversos territórios, e construindo regiões de saúde articuladas de forma supramunicipal. A histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, precisa e pode ser rompida com as RAS. Além disto, a orientação dos usuários no uso dos serviços é um ativo a ser buscado. Esta clareza estratégica colocou, desde 2011, efetivamente as RAS no centro da política de Atenção à Saúde do MS, pautando o debate nacional e redirecionando todos os novos recursos federais que foram disponibilizados, como será mostrado nesta revista, potencializando os recursos estaduais e municipais.

Este documento é composto por duas partes. A primeira apresenta o processo de implantação das redes temáticas acordadas de forma tripartite para os anos de 2011 a 2013: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com priorização para as ações de fortalecimento para a prevenção e controle do câncer. A segunda parte traz algumas outras estratégias e ações de gestão da SAS.

O caminho não tem sido fácil demonstrando que muito ainda precisa ser acumulado neste processo de implementação das RAS em todo o País. Os avanços conseguidos e os desafios que se impõem são aqui colocados para que possamos nos animar com o que já foi alcançado e nos estimular com o desafio do tanto que ainda precisa ser feito.

A identificação dos principais desafios é fundamental para conseguirmos produzir ações que nos levem a superá-los. Isso só poderá ser feito se continuarmos a avançar no caminho das mudanças de forma tripartite e solidária, direcionando todo o esforço político e econômico na viabilização real das RAS, nestes temas já em curso e nos outros que ainda precisam entrar na agenda do SUS.

Secretaria de Atenção à Saúde/MS



Parte 1





1 Contextualização e Governança das Redes de Atenção à Saúde

1.1 As Redes de Atenção à Saúde

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010).

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”; no art. 30 que “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e no art. 32 as pactuações sob responsabilidade das comissões intergestores:

III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (BRASIL, 2011).

Encontramos como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

No processo de implantação das RAS, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

1.2 Redes Temáticas Priorizadas com Pactuação Tripartite

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Quadro 1 – Redes temáticas priorizadas

	Discussão no Grupo Técnico de Atenção	Pactuação CIT
Rede Cegonha (RC)	(04) 02/04/2011; 08/04/2011; 12/04/2011; 05/05/2011	5 de maio de 2011
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	(03) 09/05/2011; 08/07/2011; 15/08/2011	16 de junho de 2011
Rede de Atenção Psicossocial(Raps)	(10) 08/07/2011; 18/07/2011; 09/11/2011; 21/11/2011; 30/11/2011; 05/12/2011; 07/12/2011; 12/12/2011; 18/01/2012; 14/08/2012	24 de novembro de 2011
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	(04) 18/01/2012; 01/03/2012; 07/03/2012; 07/03/2012; 12/03/2012	16 de fevereiro de 2012
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC)	(2)18/09/2012; 06/11/2012	22 de novembro de 2012

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

Também em 12 de abril de 2011 foi discutida no GTA, e pactuada na CIT de 28 de abril de 2011, a operacionalização da intensificação das ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero e de mama.

1.3 Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde

As redes temáticas possuem componentes e fases de implantação:

1.3.1 Componentes

Cada rede temática é formada por componentes específicos, sendo:

- Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação.
- Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia.
- Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede.
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência.
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

1.3.2 Fases

Também respeitando as especificidades e negociação de cada rede temática, foram pensadas algumas fases para seu processo de implantação: Diagnóstico (análise situacional) e Adesão (política e técnica com definição do grupo condutor); Desenho da rede (pactuação dos fluxos, dos pontos de atenção e suas missões); Contratualização dos pontos de atenção; Qualificação dos componentes da rede e Certificação da rede.

1.3.3 Redes e Planos

Algumas Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem alguns planos que ou são dispositivos desencadeadores de sua organização ou se relacionam com aspectos que se destacam dentro de seu campo de atuação, e, ainda, envolvem outros setores e ministérios, sendo:

- **A Rede de Urgência e Emergência e o “SOS-Emergências”** (portas de entrada estratégicas) e o **“Melhor em Casa”** (Atenção Domiciliar).
- **A Rede de Atenção Psicossocial e o Plano “Crack é possível vencer”** (cuidados intersetoriais, que também envolvem vários ministérios para a atenção aos usuários do *crack*).
- **A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o Plano “Viver sem Limites”** (cuidados intersetoriais, que também envolvem vários ministérios para a atenção à pessoa com deficiência).

1.4 Governança das Redes de Atenção à Saúde

A governança das Redes de Atenção à Saúde está descrita na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como:

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, (BRASIL, 2010).

O processo de formulação das redes temáticas buscou traduzir este atributo como um dos grandes instrumentos para gestão e operacionalização das redes, baseando-se no conceito de governança pública, diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro.

Importante explicitar a opção conceitual de considerar as diretrizes da Política de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008) também como **mecanismos de governança**, já que a Portaria nº 4.279 (Redes) considera apenas a regulação do acesso e esta como um componente do sistema logístico.

As diretrizes da Política de Regulação preveem uma reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços em Saúde, de forma a torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva,

atendendo ao interesse público; e define a Regulação da Atenção à Saúde como ações que incidam sobre os prestadores (públicos ou privados) de modo a contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações. Portanto, reforça-se que, neste contexto, a Regulação é compreendida como facilitadora de acesso e garantidora de equidade e, para assim se efetivar, deve ser operada como macro função da gestão nas instâncias de pactuação constituídas.

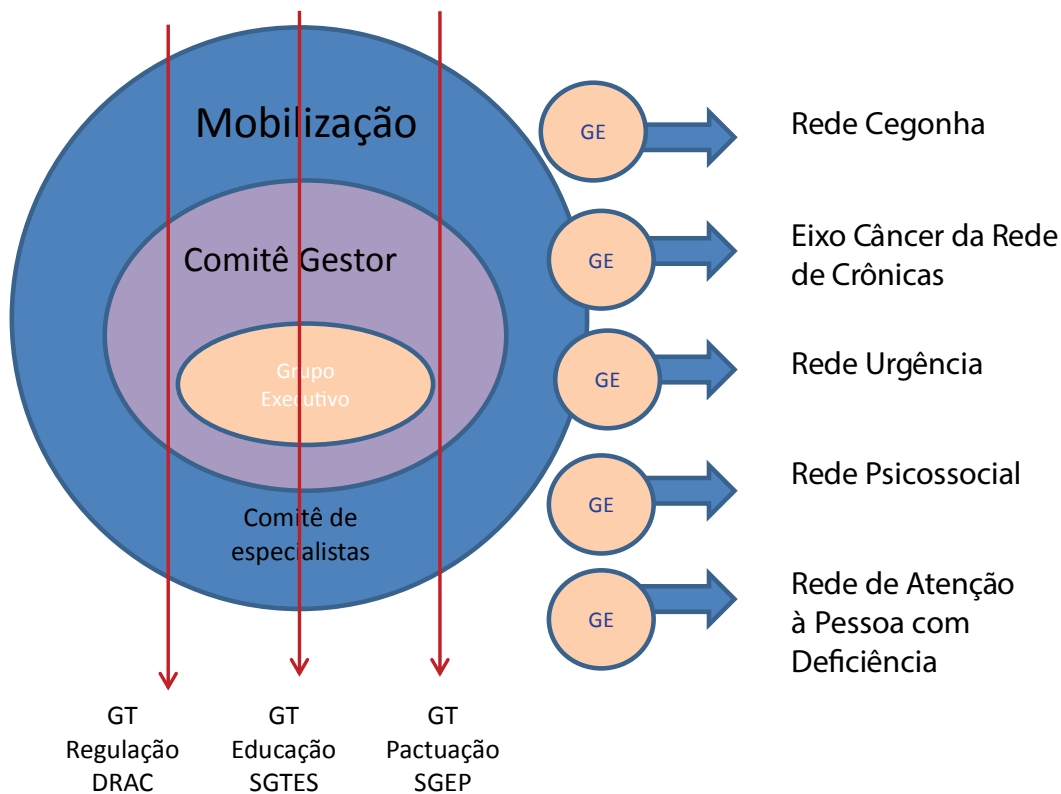
Desta forma, considerando as questões conceituais que foram explicitadas, definiram-se arranjos organizativos que favorecessem a conformação de um Sistema de Governança Institucional, Gerencial e de Financiamento.

A Governança Institucional consolida-se com a publicação do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), nas instâncias gestoras do SUS por meio do reconhecimento das comissões intergestoras regionais (CIRs), das comissões intergestoras bipartite (CIBs) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Reforça-se, ainda, o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) como importante instrumento para governança sistêmica do SUS.

A governança gerencial das redes efetivou-se em dois arranjos complementares. No nível do território, traduz-se na estruturação dos grupos condutores das redes temáticas definidos nas portarias de redes temáticas já citadas anteriormente e explicitadas na Fase 1 da operacionalização das redes. Entende-se que estes são espaços onde os diagnósticos são construídos, as prioridades são estabelecidas e os desenhos das redes são elaborados. Neste espaço são, portanto, elaborados os Planos de Ação das Redes (PARs). Estes grupos condutores são responsáveis pelo acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores envolvidos nesta, sejam públicos ou privados.

O outro arranjo é dado pela Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011m), que institui os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de redes temáticas de Atenção à Saúde. A intenção deste arranjo é conformar uma estrutura federal de coordenação dos compromissos prioritários do governo que dialogue com os conceitos de redes de forma matricial, compartilhada e democrática (Figura 1).

Figura 1 – Coordenação dos compromissos prioritários do governo



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

A governança de financiamento das redes é dada por meio dos planos de ação regionais elaborados pelos grupos condutores de redes. Nestes planos estão explicitados os montantes dos recursos financeiros, a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade dos planos (no que diz respeito à quantidade de recursos financeiros) e quais os recursos alocados por prestador de Saúde envolvido no plano. A operacionalização desta estrutura de governança de financiamento é dada pelos instrumentos/mecanismos de Regulação da Atenção, sendo: programação geral, contratualização de estabelecimentos/prestadores (públicos ou privados) e regulação do acesso.



2 Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção** e a **proteção da saúde**, a **prevenção de agravos**, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação**, **redução de danos** e a **manutenção** da saúde com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011n).

Política Nacional de Atenção Básica
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011

2.1 Atenção Básica: Eixo de Ações Específicas

Atualmente, confirma-se o aumento gradual da cobertura da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, com alcance do patamar de **56,41%** de cobertura da população do País, por meio do trabalho de 34.702 equipes, o que representa atendimento ao total de **109.429.035 milhões de cidadãos**. Se comparados os dados atuais aos do início da gestão, são **9.360.374 milhões a mais de brasileiros cobertos**.

O escopo de mudanças trazidas pela nova **Política Nacional de Atenção Básica – Saúde Mais Perto de Você** – é amplo e assume como prioridade o enfrentamento de antigos problemas relacionados ao financiamento e à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Para isso, a política estimula a expansão de ações em áreas e populações de maior necessidade, reconhece a diversidade de formatos existentes de equipes de Atenção Básica, elabora novo desenho de financiamento, adota estratégias para provimento de profissionais nos serviços, investe recursos para informatização, ampliação, reforma e construção de UBS em todo o País, fortalece a integralidade e caráter multidisciplinar da atenção, além de criar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB).

2.1.1 Financiamento com Equidade

Ao optar por estimular a lógica da equidade, a Política diferencia os valores repassados aos municípios, conforme o PIB *per capita*, que apresentam percentual de população com plano de saúde, percentual de população com Bolsa Família, percentual de população em extrema pobreza e densidade demográfica.

Do ponto de vista do financiamento federal da Atenção Básica, 2013 foi um ano de grandes conquistas a serem celebradas. Houve aumento de R\$3,00 por habitante/ano no Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo). Passaram a vigorar, portanto, os valores mínimos de R\$28,00, R\$26,00, R\$24,00 e R\$23,00, de acordo com o grupo de prioridades ao qual pertencem os municípios. Outro avanço crucial, rumo à qualidade da atenção prestada, foi a ampliação do teto de equipes de Saúde da Família. Considerando que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada para 3 mil e reconhecendo que existem áreas mais vulneráveis, nas quais é preciso que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor, o Ministério da Saúde alterou o cálculo do teto máximo de equipes de Saúde da Família, permitindo o financiamento de uma equipe a cada 2 mil pessoas.

Em relação à qualidade da atenção prestada, a política premia equipes e municípios com melhores desempenhos, em função do alcance de compromissos e resultados pré-contratualizados. No total, se comparado o financiamento federal entre os anos de 2010 e 2013, tem-se um crescimento de 9,73 bilhões (2010) para 16,12 bilhões (2013), equivalente a um expressivo incremento da ordem de 66%. Caso sejam considerados os valores estimados para 2014, a ampliação, desde o ano de 2010, alcança o patamar de 86,84%, perfazendo um total de R\$18,18 bilhões de reais a serem destinados aos repasses do PAB fixo, do PAB variável e da estruturação dos serviços de Atenção Básica para o próximo ano.

Repasses Gerais em 2013

PAB FIXO: **R\$ 4.230.815.953,25**

PAB VARIÁVEL: **R\$ 8.102.985.819,90**

2.1.2 Infraestrutura e Condições de Trabalho

O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica-UBS), instituído em 2011, já contemplou 3.835 municípios, com 10.042 construções; 3.182 municípios, com 8.482 ampliações e 2.882 municípios, com 8.334 reformas habilitadas. Destaca-se também o cadastramento de 64 propostas para construção de UBS fluviais, das quais a de Borba/AM foi inaugurada em 2013.

No componente Construção, as transferências já somam 1,02 bilhão; para ampliação foram repassados 397,1 milhões e para reforma, 471,7 milhões.

Ainda sobre o Requalifica-UBS, é relevante citar que, em 2012, houve a criação do Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob), que possibilita o acompanhamento do andamento das obras e a responsabilização pelos recursos repassados. O Sismob torna-se uma ferramenta para o gerenciamento das obras, compreendendo que a melhoria da estrutura física dos estabelecimentos de Saúde é facilitador para a mudança das práticas.

O Programa Telessaúde Brasil-Redes leva às equipes de Atenção Básica a possibilidade de uso de modernas tecnologias da informação e telecomunicações para realização de atividades a distância, interação entre os profissionais de Saúde em pontos diversos da rede, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnóstico em locais onde há escassez de profissionais e grandes distâncias dos centros urbanos. Atualmente, são 47 núcleos de Telessaúde financiados pelo MS.

2.1.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs)

Ao compreender e reconhecer que outras ações, além das realizadas pelas equipes das UBS, têm impacto direto sobre a saúde e bem-estar das pessoas, a política estimula a ampliação do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), em dezembro de 2012, foi publicada a Portaria nº 3.124/2012 (BRASIL, 2013d) que redefiniu os parâmetros de vinculação dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. Ao final de 2013, estão implantados no Brasil 2.623 Nasfs, desses 1.798 são da Modalidade I; 539 da Modalidade II e 286 da Modalidade III.

2.1.4 Acesso com Qualidade

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) é um dos componentes da Estratégia “Saúde Mais Perto de Você” e visa à instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão federal, estadual e municipal e das equipes de Atenção Básica (EABs) em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, estabelecendo padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

O Pmaq está organizado em quatro fases, que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização).

A verificação do desempenho das equipes dá-se pela comparação com a média nacional de padrões de qualidade observados a partir das equipes certificadas. O processo de certificação das equipes, que determina o volume de recursos a serem transferidos aos municípios, é composto por:

- Uso de instrumentos autoavaliativos (10% da nota da certificação);
- Desempenho em resultados do monitoramento dos 24 indicadores de Saúde contratualizados no momento de adesão do Pmaq (20% da nota da certificação);
- Desempenho nos padrões de qualidade verificados *in loco* por avaliadores externos e no Módulo IV preenchido por gestores e responsáveis pelas EABs no sistema Pmaq-AB (70% da nota da certificação).

2.1.4.1 Descrição da Pesquisa

A avaliação externa contou com mais de 1.000 avaliadores da qualidade selecionados e capacitados pelas 45 universidades parceiras do Ministério da Saúde, com destaque para as universidades federais do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Bahia e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, que estabeleceram consórcios regionais com as demais instituições de ensino e pesquisa em todos os estados, conforme lista a seguir:

Quadro 2 – Lista de instituições de ensino e pesquisa por unidade Federativa

Instituição de Ensino e Pesquisa	UF
Grupo liderado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte	
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte
*Rede de Universidades do Estado do Ceará	Ceará
Universidade Federal do Piauí – Núcleo de Estudos em Saúde Pública	Piauí
Grupo liderado pela Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva	
Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva	Bahia/Sergipe
Grupo liderado pela Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	
Universidade Federal de Rondônia	Rondônia
Universidade Federal do Acre	Acre
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	Minas Gerais/São Paulo
Grupo liderado pela Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública	
Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública	Rio de Janeiro
Fiocruz Pernambuco – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Pernambuco/Alagoas
Fiocruz Amazônia	Amazonas
Universidade Federal do Espírito Santo	Espírito Santo

continua

conclusão

Instituição de Ensino e Pesquisa	UF
Escola de Saúde Pública do Paraná Universidade Estadual de Maringá (UEM) Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) Universidade Estadual do Centro-Oeste (UniCentro) Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UniOeste) Universidade Estadual de Londrina (UEL)	Paraná
Universidade Federal do Tocantins	Tocantins
Universidade Federal do Amapá	Amapá
Universidade Federal de Roraima	Roraima
Grupo liderado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul
Universidade Federal do Pará	Pará
Universidade Federal da Paraíba	Paraíba
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Paraíba
Universidade Federal do Mato Grosso	Mato Grosso
Fiocruz Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Universidade Católica Don João Bosco (MS)	Mato Grosso do Sul
Universidade de São Paulo	São Paulo
Universidade Federal de São Paulo	São Paulo
Faculdade de Medicina do ABC (SP)	São Paulo
Grupo liderado pela Universidade Federal de Pelotas	
Universidade Federal de Pelotas	Rio Grande do Sul
Universidade de Brasília	Distrito Federal
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	Minas Gerais
Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina
Universidade Federal de Goiás	Goiás
Universidade Federal do Maranhão	Maranhão

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

*A Rede de universidades do Estado do Ceará é composta pelas seguintes instituições de ensino e pesquisa: Fiocruz Ceará, Universidade do Estado do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade do Vale do Acaraú, Universidade Regional do Cariri, Faculdade de Medicina de Juazeiro, Universidade Luso-Afro-Brasileira e Faculdade Christus.

Os avaliadores visitaram as equipes participantes do Programa, com auxílio de um *tablet* (computador de mão). Foram aplicados três questionários para coletar os dados de observação das condições de infraestrutura, equipamentos, materiais e medicamentos nas unidades de Saúde pelos avaliadores, com auxílio de um profissional da equipe.

Foi aplicado, inclusive para as equipes que não aderiram ao Pmaq, realização do censo das Unidades Básicas de Saúde (Censo das UBS), permitindo o desenvolvimento de informações para melhoria das ações de todas as equipes do País.

Entrevista com o profissional da equipe participante do Pmaq realizada com um profissional indicado pela equipe para obter informações sobre a organização do trabalho da equipe e das ações desenvolvidas para os usuários. Foram observados também documentos produzidos pela equipe para verificar os registros das atividades.

Entrevista com o usuário na unidade de Saúde: verificou a satisfação e a percepção dos usuários presentes na unidade em relação aos serviços ofertados na unidade e no território.

Além das informações coletadas pelos avaliadores da qualidade, o gestor e o responsável pela equipe acessaram o *site* do Pmaq-AB para responder a um questionário complementar sobre aspectos da gestão municipal e do processo de trabalho das equipes. Questões cruciais para verificação do acesso e da qualidade dos serviços prestados, especificamente relacionadas à consolidação das redes de Atenção à Saúde, também foram abordadas pelo Pmaq, com destaque para atenção psicossocial, Rede Cegonha, doenças crônicas e atenção ao câncer.

Desse modo, o conjunto dos dados forma as evidências para entender os processos de Atenção à Saúde e adotar as medidas de ajuste necessárias. Por exemplo, em relação à oferta de medicamentos, será possível obter dados relativos à disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades, com informações verificadas com os profissionais de Saúde se a quantidade disponível é suficiente para a demanda e com os usuários, ao verificar com estes se o medicamento necessário é de fácil acesso na unidade ou na rede pública de Saúde.

Da mesma forma, para aspectos de saúde bucal, é verificado na unidade se há atuação do profissional dentista e se estão disponíveis os insumos necessários e, ao mesmo tempo, são identificados com equipes, aspectos do processo de atenção, como, por exemplo, agendamento de consultas, procedimentos básicos e ações de acolhimento e detecção de lesões bucais. Para os usuários, questiona-se se conseguem marcar atendimento para este profissional na UBS. Assim, cada equipe ou gestor poderá identificar os pontos estratégicos do processo de atenção para permitir a melhoria em cada área de atuação.

2.1.4.2 Censo das Unidades Básicas de Saúde

O censo das condições de infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, de todo o País, foi realizado com a Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Pmaq). Foi concluído em 2013 e contabilizou 39.861 UBS ativas. Em 2014, os dados do censo serão comparados aos dados do CNES, com o objetivo de qualificar o banco de dados do cadastro.

2.1.4.3 Resultado do Primeiro Ciclo do Pmaq

Situação do processo de coleta, avaliação e certificação das equipes.

No processo de coleta para a certificação das EABs participantes do Pmaq, foram avaliadas, com informações validadas, 17.482 equipes de Atenção Básica participantes do programa e foram certificadas 17.203 (98,4%) equipes. Foram excluídas do programa 279 equipes de Atenção Básica por manifestação do gestor municipal ou responsável de equipe. Segue a planilha com o número de EABs avaliadas e usuários entrevistados.

Tabela 1 – Avaliação Externa por UF – EAB

UF	Nº Equipes Pmaq	Avaliação Externa	
		Nº Equipes	%
AC	32	32	100,00%
AM	173	173	100,00%
DF	28	28	100,00%
MS	184	184	100,00%
PB	625	625	100,00%
PI	371	371	100,00%
RN	412	412	100,00%
AL	340	339	99,70%
SC	1.107	1.103	99,60%
TO	308	306	99,40%
RO	98	97	99,00%
CE	920	910	98,90%
RS	827	818	98,90%
PR	1.009	998	98,90%
ES	325	321	98,80%
MG	2.954	2.917	98,70%
PE	1.025	1.009	98,40%
SP	2.322	2.285	98,40%
GO	690	677	98,10%
RJ	1.075	1.047	97,40%
BA	1.576	1.534	97,30%
RR	35	34	97,10%
MT	228	221	96,90%
PA	372	353	94,90%
AP	53	50	94,30%
MA	120	112	93,30%
SE	273	247	90,50%
Total Geral	17.482	17.203	98,40%

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

Para as equipes já certificadas, os resultados parciais para alguns temas prioritários apontam:

FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- 45,5% das UBS informavam aos cidadãos os serviços disponíveis naquela UBS, utilizando painel ou quadros anexados na parede.
- 62% informavam o horário de funcionamento da UBS.
- 37% das UBS informavam a escala dos profissionais com nomes e horários de atendimento de cada um.
- Para 86% dos usuários entrevistados, o horário de funcionamento da UBS atende as suas necessidades.
- 85% dos usuários entrevistados afirmaram receber visita do agente comunitário de saúde em casa.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- 90% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para hipertensão no Sistema Único de Saúde (SUS), gratuitamente (na UBS ou no Saúde não tem preço), sendo que 69 % (do total) retiram a medicação em sua própria unidade.
- 94% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), gratuitamente (na UBS ou no Saúde não tem preço), sendo que 69% (do total) retiram a medicação em sua própria unidade.
- 65% das UBS possuem sulfato ferroso em quantidade suficiente para a distribuição.

APOIO DAS SECRETARIAS DE SAÚDE AOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE

Atenção Básica

- 87,4% dos profissionais das UBS afirmaram ter realizado planejamento de suas ações no último ano.
- 87,3% dos profissionais das UBS afirmaram que receberam da secretaria de Saúde informações para análise da situação de saúde por informativos e relatórios.
- 79% dos profissionais de Saúde afirmaram que recebem apoio permanente da secretaria de Saúde para realizar algumas atividades.

ACESSO AOS SERVIÇOS OFERECIDOS NAS UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE

- 75% dos profissionais das UBS realizam acolhimento à população com avaliação de risco/vulnerabilidade e atendem a situações de urgência, porém, 38% utilizam protocolos clínicos para essa avaliação.

- 67% dos usuários disseram que normalmente conseguem ser escutados por um profissional da UBS mesmo sem marcar consulta.
- 84% dos usuários consideram muito boa e boa a forma como são acolhidos/recebidos ao procurar a UBS.
- 79% dos usuários esperam 30 minutos ou menos para conversar sobre seu problema com algum profissional de Saúde.
- 87% dos usuários esperam 30 minutos ou menos para serem atendidos quando não há consulta marcada previamente.
- Os usuários entrevistados afirmaram que o tempo em média para realização de consulta com dentista na UBS é de 12 dias.

FACILITAÇÃO DO ACESSO

- 81% dos usuários têm facilidade para saber os resultados de seus exames.
- 59% dos usuários referiram que têm facilidade de tirar dúvidas com a equipe (profissionais da UBS) sem precisar marcar outra consulta.

PRONTUÁRIO E INFORMATIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- 87,6% dos profissionais das UBS afirmam ter prontuário padronizado com informações de saúde dos cidadãos.
- 18% dos profissionais das UBS trabalham com prontuário eletrônico.
- 30% das UBS do País tem um consultório ou mais com computador conectado à internet.

VÍNCULO ENTRE EQUIPES (PROFISSIONAIS DE SAÚDE) E USUÁRIOS

- 65% dos usuários disseram que são sempre atendidos pelo mesmo médico, 19% na maioria das vezes e 17% nunca ou quase nunca.
- 91% dos usuários dizem que são chamados pelo nome pelos profissionais das UBS durante o uso dos serviços.
- 26% dos usuários afirmaram que podem escolher a equipe para serem atendidos.

QUALIDADE DO ATENDIMENTO

- 91% dos usuários afirmam que sempre se sentem respeitados em seus hábitos, crenças e cultura, quando buscam os serviços da UBS.
- 79% dos usuários apontam que as orientações dadas pelos profissionais sempre respondem às suas necessidades.
- 71% dos usuários são sempre orientados sobre os cuidados gerais para se recuperar.
- 69% dos usuários são sempre orientados sobre sinais de melhora e piora.

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E REFERÊNCIAS

- 63% dos usuários disseram que não têm dificuldade de serem consultados pelos especialistas quando são encaminhados.
- Quando perguntados sobre como fazem para marcar as consultas com os especialistas, 61% dos usuários disseram que essas são marcadas pelos profissionais das UBS e 39% recebem o encaminhamento para marcação diretamente em uma “central” ou no serviço para o qual foi indicado.

OFERTA DE PROCEDIMENTOS

De todos os profissionais entrevistados das UBS, aponta-se que:

- 82% realizam todas as vacinas do calendário básico.
- 60% realizam a retirada de pontos.
- 60% aplicam medicações injetáveis intramusculares.
- 50% aplicam medicações injetáveis endovenosas.
- 50% fazem aplicação de penicilina (benzetacil).
- 35% realizam lavagem de ouvido.
- 34% fazem drenagem de abscesso.
- 31% fazem sutura de ferimentos.
- 25% fazem extração de unha.

SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA – REDE CEGONHA

- 56% das mulheres com problemas ginecológicos são atendidas no mesmo dia.
- 44% das mulheres consultam em outro dia e o tempo médio de espera é de 13 dias.
- No atendimento às mulheres para rastreio do câncer de colo de útero e de mama: 97% dos profissionais das UBS realizam o exame citopatológico de colo de útero (Papanicolau).
- 82% dos profissionais das UBS identificam as mulheres com Papanicolau alterado. Em média, as mulheres esperam 37 dias para receber o resultado desse exame. 88% dos profissionais das UBS acompanham a situação das mulheres com Papanicolau alterado após tratamento.
- 91% das mulheres referem que conseguiram fazer mamografia, quando indicado.
- Em média, as mulheres esperam 25 dias para fazer o exame de mamografia, quando indicado pelo médico.

Nas ações de planejamento familiar:

- 92% dos profissionais da UBS ofertam ações de planejamento familiar.
- 98% dos profissionais da UBS ofertam métodos anticoncepcionais. (camisinha, pílula etc.).

Em relação à última gravidez das mulheres entrevistadas, observou-se que:

- 71% foram consultadas pela equipe (profissionais da UBS) na primeira semana após o parto.
- 63% receberam visita do agente comunitário de saúde.
- 95% delas fizeram exame de ultrassonografia.
- 90% realizaram exames necessários durante o pré-natal (glicemia, sífilis, HIV, urina).
- 90% participaram de grupos que as ajudaram saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança.
- 67% foram informadas sobre a maternidade do parto.
- 73% das gestantes estavam com vacina de tétano em dia.

Em relação ao acompanhamento da criança:

- 97% das crianças estão com as vacinas em dia.
- Quando há necessidade de a criança consultar com o médico pediatra, o tempo de espera para a consulta é, em média, de 9 dias.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

- 58% das equipes (profissionais da UBS) referem ter Conselho Local de Saúde ou instância colegiada semelhante na UBS.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

- 79% dos usuários avaliaram o cuidado recebido pela equipe como bom ou muito bom, 19% como regular e 1,5% como ruim ou muito ruim.
- 82% dos usuários disseram que não mudariam de UBS se tivessem oportunidade.
- 86% dos usuários recomendariam a UBS a um amigo ou familiar.

2.1.4.4 Recursos Destinados

Para as equipes com desempenho muito acima da média nacional (15% das equipes): R\$ 11.000,00 para equipes com saúde bucal e R\$ 8.500,00 para equipes sem saúde bucal. Para as equipes com desempenho acima da média nacional (36% das equipes): R\$ 6.600,00 para equipes com saúde bucal e R\$ 5.100,00 para equipes sem saúde bucal. Para as equipes com

desempenho abaixo da média nacional (45% das equipes): R\$ 2.200,00 para equipes com saúde bucal e R\$ 1.700,00 para equipes sem saúde bucal. Para as equipes acima ou muito acima da média, os valores retroativos corresponderão à diferença da parcela de 20%, que já foram repassados desde abril.

Após finalizada a análise dos dados de todas as equipes participantes, os resultados específicos de cada município e equipe estão disponíveis para os gestores no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) <www.saude.gov.br/dab>, fomentando o reconhecimento dos esforços já empreendidos e estimulando a implementação das melhorias necessárias em cada local, com institucionalização de um processo cíclico e sistemático de aprimoramento dos serviços.

O Pmaq, em seu segundo ciclo (2013), alcança 30.522 Equipes de Saúde da Família, 19.946 Equipes de Saúde Bucal, 1.813 Núcleos de Apoio Saúde da Família e 860 Centros de Especialidades Odontológicas, presentes em 5.077 municípios. Nesse momento, está em curso a avaliação externa das equipes participantes, nos mesmos moldes da ocorrida no primeiro ciclo, com previsão de término para abril de 2014.

2.1.5 Programa Mais Médicos

O Brasil tem uma proporção de habitantes por médico muito menor do que a necessidade da população e do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes médicos estão mal distribuídos no território, de modo que justamente as áreas e as populações mais pobres sofrem ainda mais com o acesso que as outras. Além disso, o País forma menos médicos do que a criação anual de empregos nos setores público e privado, o que agrava a situação a cada ano. Por fim, o Brasil, até então, era um dos países com regras mais restritivas à atuação de médicos graduados no exterior.

O Programa Mais Médicos é a maior iniciativa já realizada no Brasil para enfrentar esse conjunto de problemas e avançar no provimento de médicos aos serviços de Atenção Básica em áreas com maior necessidade.

O Programa compõe um conjunto de medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação até a ampliação e a orientação da formação de especialistas conforme as necessidades do SUS. Estas ações são realizadas pela atuação conjunta do Ministério da Saúde e da Educação.

Além disso, o Programa recruta profissionais graduados no País e fora dele para atuar nas áreas com maior necessidade. Ação esta realizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o apoio das demais secretarias do Ministério da Saúde.

Por fim, o Programa reúne ainda um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de trabalho e ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ações estas que ocorrem na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sua principal executora.

O Programa de Requalificação das UBS, conduzido pela SAS, com atuação também da Secretaria-Executiva, é o maior Programa de intervenção na estrutura de serviços do SUS já realizado no Brasil. Os 5,5 bilhões de reais do Programa objetivam construir aproximadamente 10 mil novas UBS, ampliar outras 9 mil UBS e reformar outras 8 mil, somando 27 mil intervenções em estrutura. Isso representa serviços com melhor ambiência, mais acolhedores e com mais resolubilidade para os usuários e com maior capacidade de atrair e fixar profissionais por garantir boas condições de trabalho.

A informatização dos serviços combinando plano de banda larga, informatização e implantação do e-SUS, incluindo prontuário eletrônico, é outra medida, conduzida pela SAS com atuação da Secretaria de Gestão Participativa, que contribui, ao mesmo tempo, para melhorar a qualidade e a agilidade do serviço para o usuário, fixar e apoiar os profissionais.

O Telessaúde, conduzido pela SAS em parceria com a SGTES, seja em seu formato via telefone (0800) seja no eletrônico pelo Portal acessado por várias plataformas fixas ou móveis (*tablets* e celulares), garante a teleconsultoria de especialistas para apoiar os médicos e as equipes na toada de decisões, aumentando a segurança e a resolubilidade.

A SAS tem ainda a responsabilidade de custear as equipes, as quais os médicos integram, monitorar as condições de estrutura e equipamentos das UBS, orientar o processo de trabalho mais adequado para essas equipes, e ainda monitorar e analisar os resultados em saúde alcançados por elas.

O Mais Médicos, além de uma ação necessária à garantia de atenção à saúde às populações com maior necessidade e menos acesso, é uma importante oportunidade de qualificação estruturante da Atenção Básica, demandando ações desde estrutura e informatização até qualificação do trabalho e ampliação da resolubilidade, passando por articulação de serviços no conjunto da rede de atenção. Por isso todos os departamentos da SAS estão envolvidos nessa iniciativa, buscando, além de viabilizar e operacionalizar o Mais Médicos, aproveitar todo seu potencial de qualificação estruturante da rede.

2.2 Atenção Básica: Eixo de Ações Transversais às Redes Temáticas

2.2.1 Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial

A Política Nacional de Atenção Básica dialoga amplamente com o conjunto de políticas instituídas para as Redes de Atenção à Saúde, compreendendo a centralidade de seu papel para a gestão do cuidado integral à saúde do usuário.

Em 2011, são incorporados dados sobre saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Aspectos determinantes sobre a Rede de Atenção Psicossocial também foram significativamente **abordados durante desenvolvimento do Pmaq**, conforme se vê, a seguir, em alguns itens selecionados para exemplificação:

Indicadores

- Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas.
- Proporção de atendimentos de usuário de álcool.
- Proporção de atendimentos de usuário de drogas.
- Taxa de prevalência de alcoolismo.

No instrumento de coleta da avaliação

- O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera problemas relacionados à saúde mental?
- A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para saúde mental?
- Como são agendadas as consultas para pessoas com transtorno mental?
- Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental na unidade de Saúde? A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?
- A equipe de Atenção Básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental?
- A equipe de Atenção Básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas?
- A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?
- A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam de desmame (diminuição da dose)?

A. CONSULTÓRIOS NA RUA

No âmbito da Atenção Psicossocial, a integração tem sido de especial relevância para disseminação de conceitos e práticas da Atenção Psicossocial na Atenção Básica. A nova Pnab cria três modalidades de equipes dos Consultórios na Rua, com financiamento regular e mensal.

Como exemplo do trabalho conjunto realizado no ano de 2012, é relevante citar a construção compartilhada do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental finalizado, além do texto orientador para oficinas de alinhamento conceitual – **Plano Crack, é possível vencer**, tarefa na qual também se envolveram os ministérios do Desenvolvimento Social e da Justiça.

Em relação à atenção à saúde da população em situação de rua, a implantação dos consultórios na rua traz impactante e positiva perspectiva colaborativa entre as áreas de Atenção Básica e Saúde Mental, com vistas a uma cogestão e acompanhamento da transição de modelos, ou seja, adequação dos consultórios de rua para consultórios na rua e os complexos desdobramentos desse processo.

As singularidades que permeiam esse grupo populacional levaram ao reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, da necessidade de manutenção de um grupo de trabalho ampliado, que hoje conta com a participação da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (DAB/SAS), Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), as áreas de DST/aids e Hepatites Virais, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/DAGEP), Coordenação Nacional de Imunização e Área Técnica de Saúde Mental (DAPES).

No ano de 2013, como estratégias de facilitação da transição dos consultórios de rua para os consultórios na rua e de implantação de novas equipes foram realizadas:

- Oficinas de qualificação das equipes de Consultório na Rua.
- Oficinas de sensibilização para municípios elegíveis para a implantação de equipes de Consultório na Rua .
- Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e Consultórios na Rua, com a participação de mais de 500 gestores de municípios acima de 200 mil habitantes.
- Lançamento do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental.
- Contato direto e cotidiano com as coordenações de Atenção Básica e de Saúde Mental estaduais e, principalmente, dos 14 municípios que finalizaram execução do recurso destinado aos consultórios de rua que já concluíram os 12 meses previstos no projeto.
- Finalização do Manual de Cuidado com população em situação de rua, com tiragem impressa de 5 mil exemplares a serem distribuídos nacionalmente para as equipes de AB e as de consultórios na rua, além de outras áreas afins.

Como indicadores gerais dos consultórios na rua, é possível citar:

- Número de consultórios pré-existentes, com financiamento por editais: 53.
- Número de consultórios na rua implantados: 59.
- Número de consultórios na rua em funcionamento sem financiamento federal: 42.
- Número total de consultórios na rua em funcionamento: 101.

B. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O Programa Saúde na Escola é uma ação intersectorial entre as equipes de Atenção Básica e as escolas que pactuam territórios de responsabilidade compartilhada, havendo um total de 30.076 equipes de Atenção Básica envolvidas. A partir de 2013, foram incluídos no Programa creches, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos, em um total de 80,4 mil escolas e 18,7 milhões de educandos. Em todos os municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola, pelo menos uma creche ou pré-escola foi selecionada.

No contexto do Projeto Olhar Brasil, mais de 2 mil municípios solicitaram adesão ao projeto em 2013, envolvendo cerca de 4 milhões de beneficiários do Programa Saúde na Escola e quase 230 mil alfabetizando do Programa Brasil Alfabetizado. Em 2014, estima-se que cerca de 1 milhão de escolares serão encaminhados para consulta oftalmológica e, destes, mais de 200 mil precisarão de óculos monofocal ou bifocal.

O PSE mantém espaços coletivos de formulação e pactuação acerca das propostas pensadas para o programa, que podem ser permanentes ou transitórios, a depender da demanda. Para isso, adota a estratégia de abertura de grupos de trabalho (GTs), nos quais há interface constante com as políticas de Saúde Mental.

Especificamente quanto aos GTs, a Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS) participa ativamente de alguns, citados a seguir:

Coletivo Técnico PSE/MS: objetiva prestar apoio matricial à gestão federal do programa para ampliação das ofertas de ações de Saúde e Educação no PSE e aumento da capacidade de análise da implementação do programa. Colabora, qualifica e participa dos processos formativos, da elaboração dos materiais clínicos e pedagógicos, além do planejamento integrado das ações de Saúde e Educação nos municípios.

GT Semana Saúde na Escola: trata da Campanha de Mobilização “Semana Saúde na Escola”: campanha publicitária, temas-diretrizes, linhas de ação e material pedagógico.

GT Ação Psicossocial no PSE: discutiu as linhas de ação psicossocial do PSE e seus desdobramentos e diretrizes no âmbito da escola.

Em 2013, destacam-se como ações conjuntas de atenção psicossocial no PSE:

Acompanhamento da abordagem das seguintes ações no cotidiano do programa: **atividades sobre a temática dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; atividades reflexivas acerca da diversidade sexual, bullying, discriminação e preconceito.**

2.2.2 Atenção Básica e as Ações de Prevenção e Controle do Câncer

Em 2012, foi finalizado o Caderno de Atenção Básica sobre o câncer de mama e o câncer do colo do útero, publicação conjunta da Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT/DAB/SAS/MS) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca).

Assim como realizado em relação às outras redes de atenção, os aspectos relacionados à temática do câncer também foram **abordados pelo Pmaq**, conforme exemplos citados a seguir:

Câncer de colo do útero e de mama

Indicadores

- Razão entre exames citopatológicos do colo do útero.

Avaliação externa – questionário da equipe

- A equipe de Atenção Básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de Saúde?
- A equipe de Atenção Básica possui registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
- A equipe de Atenção Básica possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?
- A equipe de Atenção Básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?
- A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realizar o exame citopatológico?
- A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realizar o exame das mamas com um profissional de Saúde?
- A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para o câncer do colo do útero e de mama?
- A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres sobre o câncer do colo do útero e de mama?
- Tempo estimado de espera para o exame de citologia para diagnóstico de câncer de mama.

- Tempo estimado de espera para o exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.
- Tempo estimado de espera para a consulta em ginecologia para tratamento das alterações de exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero.
- Quais as referências e fluxos definidos para agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama e do colo do útero?

Avaliação externa – questionário do usuário

- A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de Saúde?
- Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)?

Continuação: Avaliação externa – questionário do usuário

- Na(s) consulta(s) que a senhora já fez nesta unidade de Saúde, foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer outro?
- Normalmente, quanto tempo depois a senhora recebe o resultado do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)?
- Na(s) consulta(s), o(s) profissional(ais) realiza(m) exames nas mamas da senhora?
- A senhora precisou fazer o exame de mamografia?
- Quando precisou, a senhora conseguiu fazer o exame de mamografia?
- Quanto tempo a senhora esperou para fazer exame de mamografia (indicada pelo(a) médico(a) por alterações do exame das mamas)?

Avaliação externa – avaliação da UBS

- Mesa ginecológica com perneira.
- Escovinha endocervical.
- Espéculo descartável.
- Espátulas de Ayres.
- Porta-lâminas.

Câncer de boca

Avaliação externa – questionário da equipe

- A equipe realiza campanhas para detecção de lesões bucais e encaminha casos suspeitos de câncer de boca?
- A equipe registra e acompanha os casos suspeitos/confirmados de câncer de boca?
- Existem protocolos que definem fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca?
- A equipe programa ofertas de prevenção e acompanhamento de câncer de boca?

2.2.3 Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Atenção Domiciliar – Melhor em Casa – é componente da Rede de Urgências e Emergências (RUE), portanto, tem sido debatida nos grupos condutores desta rede no âmbito dos estados. Para tanto, a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DABSAS/MS) tem consolidado a parceria com o Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS), com a finalidade de que o tema da Atenção Domiciliar seja discutido de forma integrada à RUE, potencializando a ação do apoio institucional.

Algumas ações importantes desenvolvidas pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAS/MS) em 2012:

- Idealização, construção e implantação do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS – AD), por meio de ação colaborativa com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS).
- Formulação/construção do curso multicêntrico de Atenção Domiciliar, parceria estabelecida com a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS).
- Realização da pesquisa de satisfação dos usuários do programa Melhor em Casa, fruto do trabalho com o Departamento da Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS).
- Elaboração do Caderno de Atenção Domiciliar (Volume 1 publicado e distribuído em 2012, Volume 2 publicado em 2013 e em fase de distribuição).
- Discussão das linhas de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) e do trauma, a partir do entendimento de que é uma modalidade de atenção estratégica para essas situações.
- Debate das linhas de cuidado para o traumatismo crânioencefálico (TCE), amputados, paralisia cerebral e lesão medular, em parceria com a Área Técnica da pessoa com Deficiência (DAPES/SAS/MS).

Melhor em Casa (2013) – balanço geral de ações e resultados:

- EXPANSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Emad = Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

Emap = Equipe Multidisciplinar de Apoio

Emad implantada – 294

Emad habilitada – 792

Emap implantada – 151

Emap habilitada – 392

Municípios com equipes implantadas – 145

Municípios com equipes habilitadas – 270

Estados com equipes implantadas – 23

Estados com equipes habilitadas – 26

Quantidade de dispositivos móveis distribuídos – 2251

Quantidade de municípios que receberam dispositivos – 107

Quantidade de equipes que receberam dispositivos – 286

- QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Caderno de Atenção Domiciliar (CAD): produzido o CAD com dois volumes. Ambos já estão disponíveis no *site* do DAB e publicados.

Curso Multicêntrico de Atenção Domiciliar: curso em parceria com a UnA-SUS e as Instituições de Ensino Superior (UFMG, UFMA, UFSC, UFC, UFPE, UFSCPA, UERJ, UFSCPA, UFPel), na modalidade educação a distância (EAD), composto por 19 módulos, entre extensão, aperfeiçoamento e especialização.

- SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Criado o Sistema de Informação da Atenção Domiciliar, no Sistema de Informações Ambulatoriais, o Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde da Atenção Domiciliar (RAAS-AD), que está disponível desde abril e possibilita a construção de um banco de dados específico da Atenção Domiciliar, permitindo a caracterização do cuidado produzido no domicílio, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para facilitar o preenchimento do formulário do RAAS-AD, foi criado o RAAS-AD Mob, que possibilita o preenchimento das informações produzidas por meio de um dispositivo móvel (computador de mão), sendo doado um dispositivo para cada trabalhador que compõe as equipes de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa. Até agora, foram fornecidos 2.251 dispositivos móveis para 286 equipes, em 107 municípios.

- **SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

Foi realizada a primeira pesquisa de satisfação dos usuários do Melhor em Casa, por contato telefônico, operacionalizado pela Ouvidoria/SUS, entre os meses de setembro e outubro de 2012. É relevante salientar que os contatos telefônicos foram fornecidos pelo RAAS –AD.

Resultados (resumo):

- Foram entrevistados 2.120 usuários de 44 municípios de 16 estados brasileiros (número expressivo que nos permite extrapolar os resultados, embora o próximo passo seja verificar se há diferenças significativas entre os municípios e, portanto, entre os programas).
- Perfil dos usuários: 59,5% são mulheres; 73% têm mais de 60 anos; 58% declararam-se brancos; 68% têm renda menor que dois salários mínimos, só 2,8% têm nível superior completo, sendo que 21,4% não sabem ler e escrever; só 4,4% gozam do benefício do Bolsa Família e, por fim, 85,9% não têm planos de saúde.
- Perfil dos cuidadores: quase 48,1% são filhos dos usuários, 16,8% marido/mulher e 10,3% pai/mãe. Os dados de escolaridade mostram substancial melhora com somente 10% terem nível superior completo, sendo que 2,8% não sabem ler e escrever.
- De onde são encaminhados os usuários: diferente da informação do RAAS–AD (o que exige que busquemos explicação para essa diferença) 38,2% dos usuários disseram que vieram encaminhados de serviços hospitalares (invertendo a ordem com a Atenção Básica do RAAS–AD), 34,2% da Atenção Básica (no RAAS, chega a quase 50%) e apenas 4,1% das urgências, o que preocupa.
- Tempo entre o encaminhamento e o atendimento em casa da equipe do Melhor em Casa: mostra dados que precisam ser melhorados. Mostra melhora a depender de onde o usuário é encaminhado, que é coerente com a previsão de gravidade desses usuários, tendo atendimento mais demorado na Atenção Básica, mais rápido na urgência e intermediário no encaminhado do hospital.
- Avaliação dos usuários sobre o tempo de espera: contudo, perguntados sobre que nota dariam para o tempo que esperaram para serem atendidos em casa, 52,5% dos que responderam deram nota 10 e 85,4% nota 7 ou mais. Ou seja, resultados excelentes.
- Realização de exames: quando questionados se precisaram fazer exames, durante o período da internação domiciliar, 79,4% disseram que sim. Destas porcentagens expressivas, 81,9% dos usuários disseram que conseguiram realizar todos os exames necessários; 12,5% não conseguiram realizar todas as vezes e apenas 5,6% não conseguiram realizar nenhuma vez.
- Disponibilidade da equipe para situações não programadas: perguntados se a equipe precisou ir alguma vez ao domicílio em data e horário diferente do programado é de 26,5%. Nesses casos, para 85,4% dos usuários, a equipe teve disponibilidade de realizar essa visita.

- Qualidade – confiança, segurança e adequação das orientações: perguntados se a equipe transmitiu confiança e segurança ao usuário nas suas intervenções, houve expressivo Sim para todos os profissionais.
- Perguntados se as orientações dadas pela equipe foram adequadas e satisfatórias, 89,3% disseram que sempre.
- Satisfação do usuário com o atendimento da equipe: expressivos 93,9% dos usuários deram nota 7 ou mais ao atendimento da equipe, sendo que 70% do total deu nota 10.
- Recomendação do serviço: também expressivos 95,9% dos usuários recomendariam os serviços para algum familiar ou amigo.
- Perguntados se algo precisava melhorar no serviço, 55,8% dos usuários disseram que nada precisava melhorar; 11,4% disseram que deveria melhorar a quantidade de visitas e a disponibilidade da equipe, e entre 4% e 5% foram motivos diversos como transporte, atendimento da equipe, medicamentos prescritos e materiais disponíveis.

2.2.4 Atenção Básica e a Rede Cegonha

O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) compõe o grupo executivo da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha visa ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 2 anos. No que se refere à Atenção Básica, os planos de ação da Rede Cegonha contemplam ações voltadas para o planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e saúde da criança.

É sabido que no Brasil vem ocorrendo aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010. No entanto, ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, notamos a elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, causas frequentes de morbimortalidade materna e perinatal, sinalizando o comprometimento da qualidade do cuidado pré-natal.

É importante lembrar que o planejamento reprodutivo é fator importante na redução da morbimortalidade materna e infantil. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, 46% não foram planejados, sendo que 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados. Dessa forma, é fundamental intensificar as ações de planejamento reprodutivo, valorizando as ações de Educação em Saúde com estratégias diferenciadas para adolescentes, formação de grupos e valorização da paternidade, além de acesso aos métodos contraceptivos para que mulheres e homens tenham filhos no momento que desejarem e planejarem.

Nesse contexto, as ações da Rede Cegonha na Atenção Básica visam à qualificação do cuidado à gestante e à puérpera, incluindo ações de planejamento reprodutivo e às crianças especialmente nos dois primeiros anos de vida, ampliando a capacidade de cuidado integral às mulheres e fortalecendo a Atenção Básica na perspectiva de rede de atenção integrada.

Outro aspecto na interface com a Atenção Básica é o fomento da vinculação da gestante desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto. O mapeamento dos pontos de atenção e do sistema de apoio e logístico depende do esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir a vinculação da gestante à unidade de referência.

Para o acompanhamento do pré-natal foi aprimorado o sistema de informação da atenção pré-natal, o *Sisprenatal web*, já disponibilizado a todos os municípios.

Além disso, a Rede Cegonha possibilitou em 2013:

- 1.633 municípios com oferta do teste rápido de sífilis em gestante.
- 1.765 municípios com oferta do teste rápido de HIV em gestante.
- 400.074 gestantes cadastradas ativas no *Sisprenatal web*.
- Conclusão da distribuição nacional dos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 32 (Atenção ao pré-natal de baixo risco) e nº 33 (Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento) para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).



3 Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde

A Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências, a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, bem como o Programa de Prevenção e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama, possuem metas definidas com variados níveis de desagregação temporal.

A seguir, serão apresentadas as metas propostas agregadas dos anos 2011 a 2013 para Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Programa de Prevenção e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama, e as metas de 2012 e 2013 para as demais redes que foram lançadas ao final de 2011 e o percentual de alcance das metas no mesmo período.

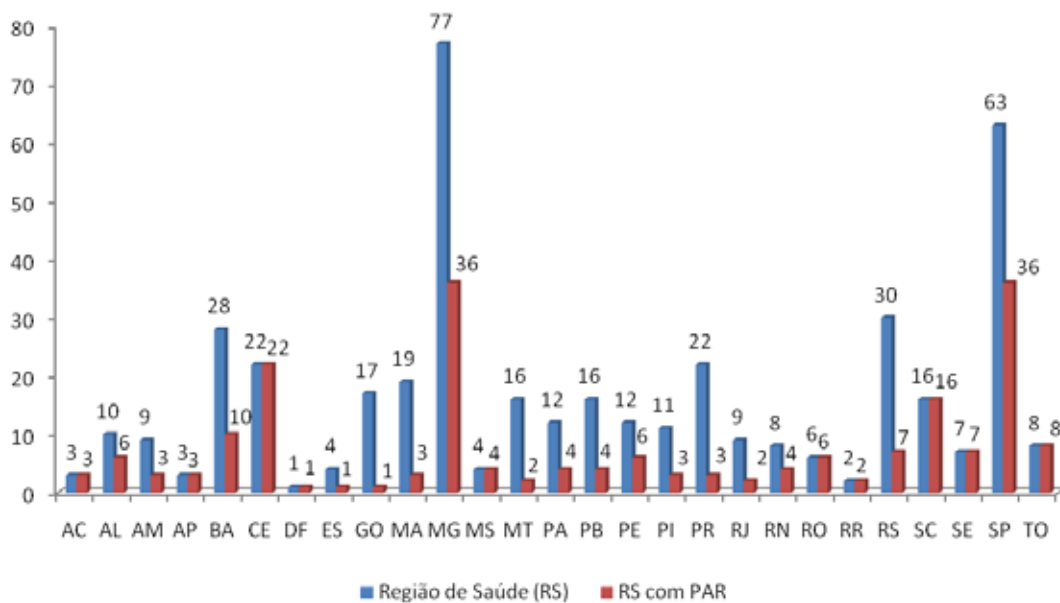
3.1 Rede Cegonha

A meta de implantação da Rede Cegonha é, até 2014, na Amazônia Legal e Região Nordeste, nas regiões metropolitanas e capitais, aproximadamente 50% dos municípios e 80% das gestantes do País e em 2015 e 2016 nas demais regiões, chegando a 100% dos municípios e das gestantes. Em dezembro de 2013, 100% dos estados haviam aderidos à Rede Cegonha com 85% das regiões de saúde do Norte e Nordeste e 50% das regiões de saúde do Centro-Oeste, Sudeste e Sul com Planos de Ação com portarias publicadas. Foi repassado recurso para 100% dos municípios (5.488) aderidos ao componente pré-natal.

A adesão à Rede Cegonha contempla duas modalidades: 1) adesão ao seu componente pré-natal: via Sistema do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) ou via Sistema do Plano de Ação da Rede Temática (Sispart); e 2) adesão regional (programação das ações dos componentes pré-natal, parto e nascimento).

Foram contempladas 203 regiões de saúde nos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha com portarias de repasse de recursos publicadas, em 27 UFs, conforme tabela a seguir (Tabela 2).

Gráfico 1 – Regiões de Saúde com Plano de Ação Regional da RC



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Buscando ampliação do acesso e qualificação da atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha propõe (Tabela 3):

- Aquisição e distribuição de kits para as parteiras – Os 1.680 kits adquiridos foram distribuídos aos estados e são entregues às parteiras após processo de capacitação.
- Já foram realizadas capacitações para 407 parteiras em 10 estados. Ver a distribuição no seguinte quadro .

Quadro 3 – Distribuição de Parteiras

UF	Nº de Parteiras Capacitadas desde o Início do Projeto
AC	14
AM	75
AP	106
MA	17
PA	51
PB	12
PE	42
RR	55
SE	5
TO	30
10	407

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

- Construção/reforma de Centro de Parto Normal (CPN), Casa de Gestante, Puérpera e Bebê (CGBP) e ambiência de maternidades e leitos – O executado na Tabela 3 refere-se a projetos aprovados e empenhados. Foram aprovados ainda projetos para a construção de 12 maternidades em locais identificados como estratégicos.
- Capacitação de profissionais – Em 2013 foram iniciadas 142 residências em Enfermagem Obstétrica em 12 estados e 14 instituições de ensino superior. E quatro turmas de aprimoramento, sob coordenação da UFF, contemplando 11 estados, 18 instituições e 40 profissionais.
- Pesquisa de satisfação da usuária desenvolvida pela Ouvidoria do SUS – No período de maio de 2012 a junho de 2013 foram realizadas ligações telefônicas a 431.629 puérperas e entrevistadas 103.905 dessas.
- Implantação de comitês e conselhos para acompanhamento da rede – Foram constituídos comitês de Mobilização Social e de Especialistas em 2011 com reuniões semestrais.

Tabela 2 – Ações propostas para a Rede Cegonha segundo metas previstas e execução (frequência e percentual), Brasil, 2011 a 2013

Ações	Metas previstas	Execução
1 Implantar a Rede Cegonha até 2016 (cobertura de gestantes)		
1.1 Amazônia Legal, Nordeste, capitais e RM até 2014 100% dos municípios aderidos ao componente pré-natal até 2014	100% até 2014	5.488 municípios com adesão ao componente pré-natal, totalizando 2.586.148 gestantes estimadas. 98,5% dos municípios com repasses dos recursos do pré-natal realizado.
1.2 Demais regiões 42 Regiões Metropolitanas e 27 capitais com PAR da RC com recursos financeiros repassados.	69% 27 capitais e 42 Regiões Metropolitanas até 2014	468.896
2 Aprovar os Planos de Ação Regionais (PARs) e publicar as portarias de repasse de recursos	30%	23%
2.1 Regiões de Saúde contempladas	até 2014: 85% das Regiões Norte e Nordeste 50% das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste	Norte: 29 (67%) Nordeste: 65 (49%) Centro-Oeste: 9 (21%) Sul: 26 (38%) Sudeste: 75 (49%)

continua

continuação

Ações	Metas previstas	Execução
3 Ofertar teste rápido de HIV		
3.1 Amazônia Legal, Nordeste, capitais e RM até 2014	50% 898.597	
3.2 Demais regiões	0% 0	
4 Ofertar teste rápido de sífilis (em nº de gestantes)		
4.1 Amazônia Legal, Nordeste, capitais e RM até 2014	50% 898.597	
4.2 Demais regiões	0% 0	
5 Ofertar kit bolsa gestante e bebê (sacola)	50% 898.597	152.000
6 Ofertar kit às UBS com balança e sonar		
6.1 Balança	9.084 até 2014	2.711 balanças
6.2 Sonar	44.000 até 2014	22.303
7 Ofertar kit para as parteiras	100% 1.680	417
8 Aprovar e realizar empenho de recursos para propostas de construção/reforma de CPN	104	119% 124
9 Aprovar e realizar empenho de recursos para propostas de construção/reforma de CGBP	74	100% 74
10 Aprovar e realizar empenho de recursos para propostas de ambiência em maternidades	175	105% 184
11 Capacitar profissionais para atenção obstétrica e pediátrica		
11.1 Residência em Enfermagem Obstétrica (vagas)	306 até 2014	142
11.2 Especialização em Enfermagem Obstétrica (vagas)	600 até 2014	100%
11.3 Atualização em enfermagem obstétrica (vagas)	248 até 2014	40
11.4 Atenção Básica:		
a) Disponibilizar CAB 32 Pré-Natal (exemplares)	0	50000
b) Disponibilizar CAB 33 Criança: Acompanhamento e Desenvolvimento (exemplares)	0	50000
11.5 Curso de Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO)	0	200
11.6 AIDPI Neonatal	0	

continua

conclusão

Ações	Metas previstas	Execução
12 Realizar pesquisa de satisfação das usuárias, por meio da Ouvidoria do Ministério da Saúde <i>12.1 Entrevistas realizadas</i>		103.905
13 Promover o aleitamento materno (AM) <i>13.1 Bancos de leite revitalizados</i>	15	15
14 Realizar triagem neonatal, por meio dos testes do pezinho (até o 7º dia), orelhinha, olhinho (4º, 6º, 12º e 25º meses) <i>Ação contemplada na Rede da Pessoa com Deficiência</i>		N/A
15 Ofertar sulfato ferroso para a profilaxia de anemia em crianças do 6º ao 18º mês <i>Ação contemplada na Ação Brasil Carinhoso</i>		N/A
16 Ofertar vitamina A para crianças em áreas endêmicas <i>Ação contemplada na Ação Brasil Carinhoso</i>		
17 Implantar comitês e conselhos para monitorar as ações da Rede Cegonha <i>17.1 Comissão de Mobilização</i> <i>17.2 Comitê de Especialistas</i>	1 1	1 1

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

- Implantação de novos leitos e qualificação de leitos existentes

A partir de parâmetros da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), e de algumas adaptações realizadas a estes pela Área Técnica de Saúde da Mulher (DAPES/Coordenação-Geral de Saúde da Mulher) com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), foi definido o número de leitos necessários à atenção à saúde, por tipologia, em cada região ou território delimitado nos PARs. A partir desse diagnóstico, foi entendido que os leitos necessários teriam financiamento diferenciado, seja na forma de qualificação de leitos já existentes, seja na criação de novos leitos. Na Rede Cegonha, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011b), foram priorizadas as qualificações dos seguintes tipos de leito: leitos obstétricos para gestação de alto risco (GAR), UTI adulto, UTI neonatal e UCI neonatal convencional.

A Tabela 3 mostra as metas previstas e executadas de implantação e qualificação de leitos pela Rede Cegonha:

Tabela 3 – Ações propostas para o componente parto e nascimento da Rede Cegonha em relação à implantação e qualificação de leitos, segundo metas previstas e execução (frequência e percentual), Brasil, 2011 a 2013

Ações	Metas previstas	Execução	
		Aprovado no PAR	Financiados
13 Incorporar recursos aos limites MAC para custeio de leitos GAR			
13.1 Qualificados (Existentes)	50% 2.730	37% 2.031	37% 2.031
14 Incorporar recursos aos limites MAC para custeio de leitos de UTI neonatal			
14.1 Novos	70% 478	96% 766	96% 766
14.2 Qualificados (Existentes)	70% 1.813	85% 2.204	85% 2.204
15 Incorporar recursos aos limites MAC para custeio de leitos de UTI adultos para atenção à gestante e à puérpera			
15.1 Qualificados (Existentes)	30% 698	29% 874	29% 874
16 Incorporar recursos aos limites MAC para custeio de leitos de UCI Neonatal Convencionais			
16.1 Novos	70% 883	21% 274	21% 274
16.2 Qualificados (Existentes)	70% 1.842	77% 2.020	77% 2.020

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

3.1.1 Leitos para gestante de alto risco – Leitos GAR

Nos anos de 2011 a 2013, foi incorporado, nos tetos MAC de estados e municípios, o equivalente a R\$ 138.625.905,00, relativo à qualificação de leitos GAR em maternidades de alto risco, conforme demonstrado na Tabela 4.

A tabela demonstra que os estados de AP, AM, RO e RS não receberam recursos para qualificação de leitos de GAR. Isso se deve à inexistência de maternidades habilitadas para atenção à gestação de alto risco. A habilitação é critério condicionante para o repasse do recurso de qualificação. Em 2013, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e a habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

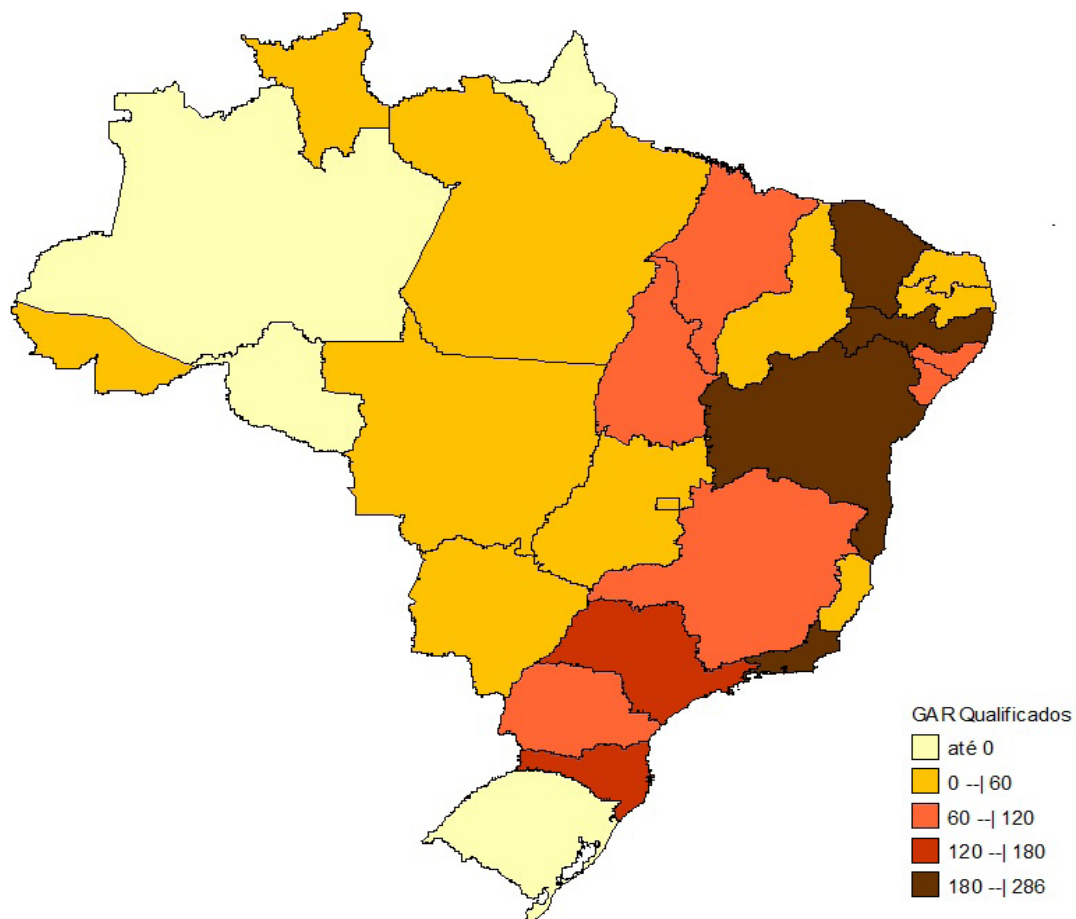
Tabela 4 – Leitos GAR qualificados, por UF, 2011 a 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AC	23	R\$ 1.569.865,00	PB	38	R\$ 2.593.690,00
AL	102	R\$ 6.962.010,00	PE	286	R\$ 19.520.930,00
BA	203	R\$ 13.855.765,00	PI	54	R\$ 3.685.770,00
CE	203	R\$ 13.855.765,00	PR	73	R\$ 4.982.615,00
DF	30	R\$ 2.047.650,00	RJ	228	R\$ 15.562.140,00
ES	8	R\$ 546.040,00	RN	15	R\$ 1.023.825,00
GO	27	R\$ 1.842.885,00	RR	24	R\$ 1.638.120,00
MA	90	R\$ 6.142.950,00	SC	139	R\$ 9.487.445,00
MG	96	R\$ 6.552.480,00	SE	72	R\$ 4.914.360,00
MS	26	R\$ 1.774.630,00	SP	175	R\$ 11.944.625,00
MT	36	R\$ 2.457.180,00	TO	63	R\$ 4.300.065,00
PA	20	R\$ 1.365.100,00			
TOTAL				2.031	R\$ 138.625.905,00

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Na Figura 2, é possível visualizar a distribuição dos leitos GAR qualificados em 2011 a 2013, por UF.

Figura 2 – Distribuição dos leitos GAR qualificados por UF, 2011 e 2013



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

3.1.2 Leitos de UTI adulto para gestantes e puérperas

A Tabela 5 demonstra que foram qualificados 847 leitos de UTI adulto no âmbito da RC.

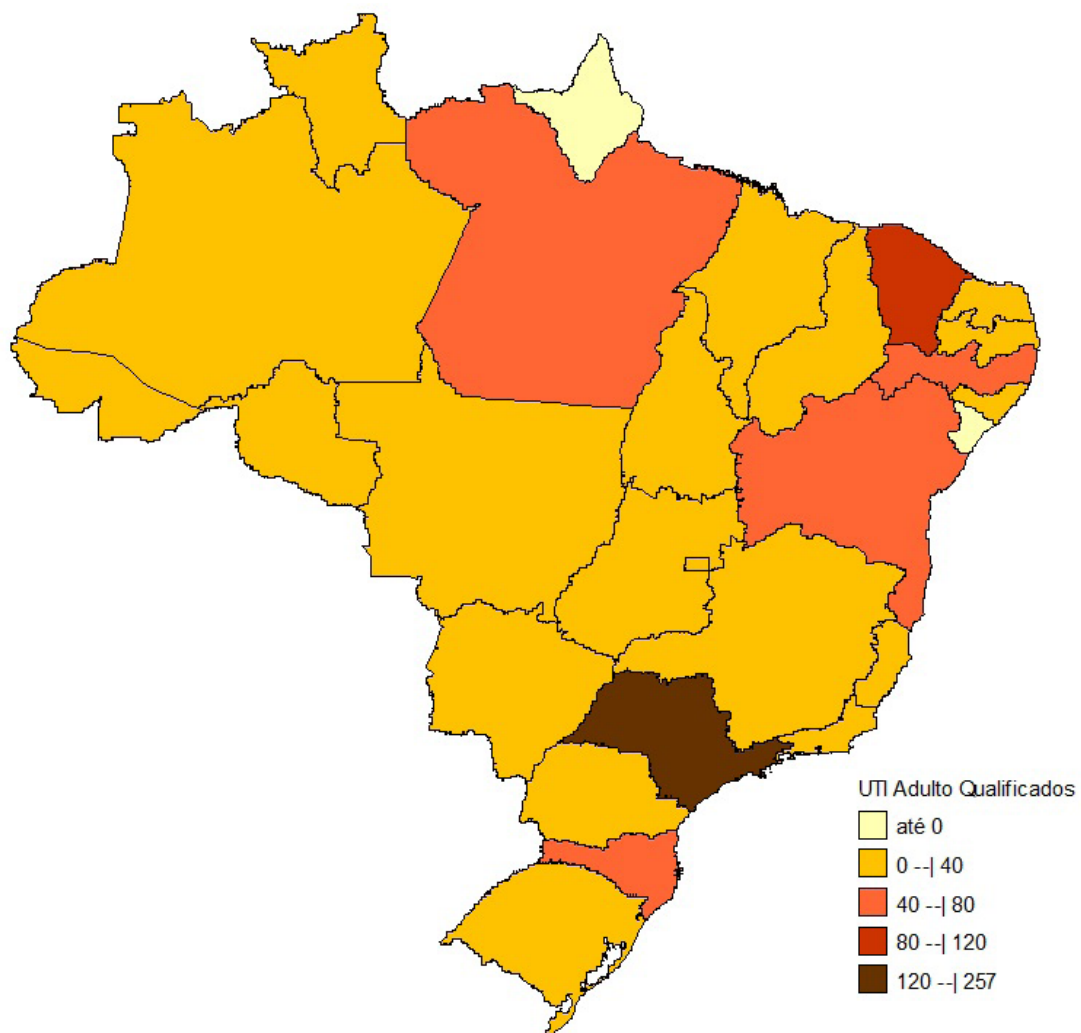
Tabela 5 – Leitos de UTI adulto qualificados, por UF, 2011 a 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AC	6	R\$ 633.242,88	PA	70	R\$ 7.387.833,60
AL	27	R\$ 2.829.942,09	PB	22	R\$ 2.321.890,56
AM	7	R\$ 738.783,36	PE	45	R\$ 4.434.907,68
BA	47	R\$ 4.960.402,56	PI	10	R\$ 1.055.404,80
CE	96	R\$ 10.131.886,08	PR	8	R\$ 1.227.184,02
DF	4	R\$ 422.161,92	RJ	38	R\$ 4.010.538,24
ES	16	R\$ 1.688.647,68	RN	16	R\$ 1.688.647,68
GO	22	R\$ 2.321.890,56	RO	2	R\$ 211.080,96
MA	5	R\$ 478.575,23	RR	6	R\$ 633.242,88
MG	36	R\$ 3.799.457,28	RS	20	R\$ 3.067.960,05
MS	21	R\$ 2.088.619,43	SC	50	R\$ 5.277.024,00
MT	8	R\$ 844.323,84	SP	257	R\$ 28.942.489,22
			TO	8	R\$ 844.323,84
TOTAL				847	R\$ 92.040.460,43

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

A distribuição dos leitos de UTI qualificados, a partir dos PARs aprovados da Rede Cegonha, por UF, está demonstrada na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos leitos de UTI adulto qualificados por UF, 2011 a 2013



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

3.1.3 Leitos de UTI neonatal

Entre 2011 a 2013, foram incorporados R\$ 228.482.278,40 aos tetos MAC de estados e municípios para qualificação de 2.204 leitos de UTI neonatal. O detalhamento das qualificações, por UF, está demonstrado na Tabela 6.

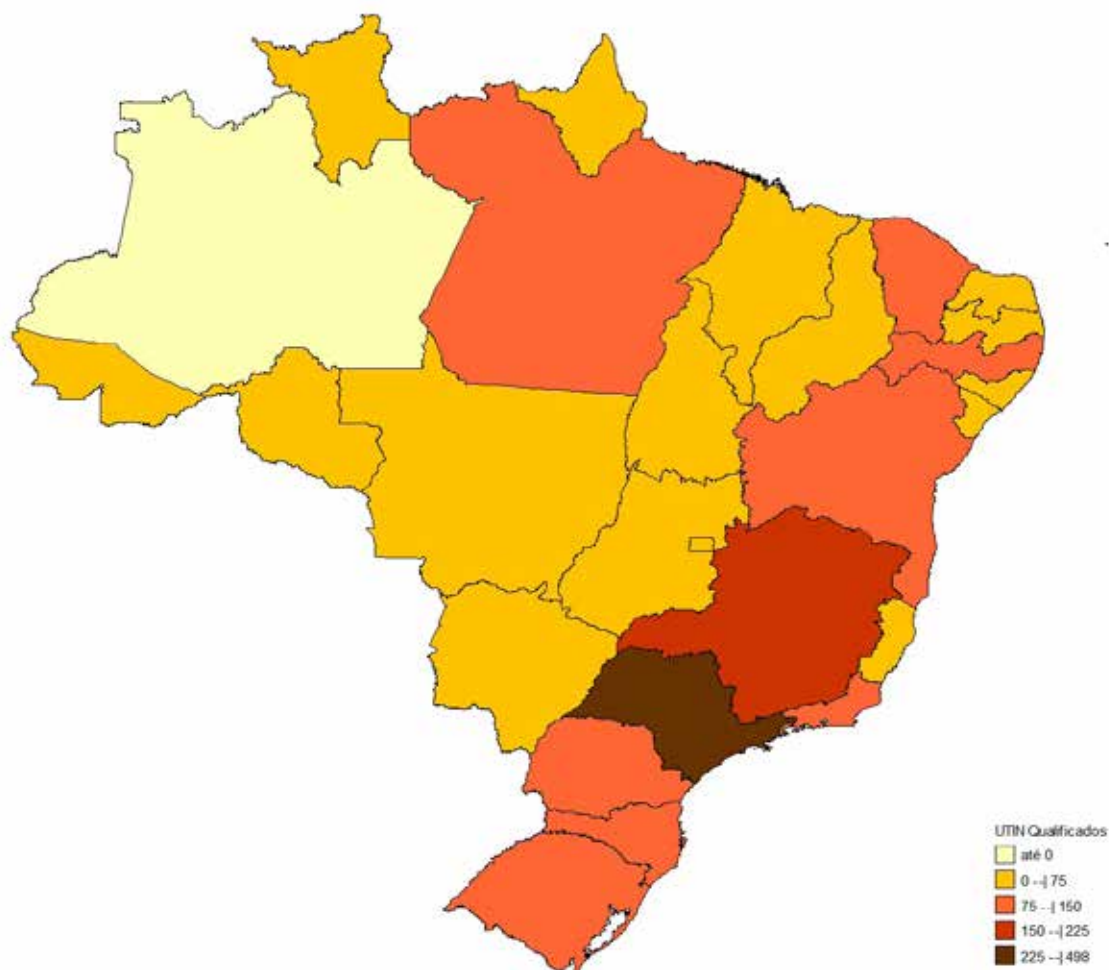
Tabela 6 – Leitos de UTI neonatal qualificados, por UF, 2011 a 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AC	15	R\$ 1.583.107,20	PB	48	R\$ 5.065.943,04
AL	47	R\$ 4.891.624,52	PE	76	R\$ 7.844.218,65
AM	40	R\$ 4.221.619,20	PI	24	R\$ 2.532.971,52
AP	9	R\$ 949.864,32	PR	105	R\$ 10.580.653,22
BA	109	R\$ 11.503.912,32	RJ	131	R\$ 13.658.770,49
CE	117	R\$ 12.348.236,16	RN	58	R\$ 6.121.347,84
DF	68	R\$ 6.754.258,94	RO	17	R\$ 1.794.188,16
ES	16	R\$ 1.688.647,68	RR	8	R\$ 844.323,84
GO	69	R\$ 7.282.293,12	RS	122	R\$ 12.266.761,59
MA	61	R\$ 6.437.969,28	SC	116	R\$ 12.173.917,64
MG	202	R\$ 21.319.176,96	SE	59	R\$ 5.696.314,83
MS	31	R\$ 3.202.976,84	SP	498	R\$ 51.102.737,87
MT	33	R\$ 3.482.835,84	TO	36	R\$ 3.799.457,28
PA			2.204	R\$ 228.482.278,40	

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

A distribuição dos leitos de UTI neonatal qualificados, a partir dos PARs aprovados da Rede Cegonha, por UF, está demonstrada na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos leitos de UTI neonatal qualificados por UF, 2011 a 2013



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

3.1.4 Leitos de UCI neonatal convencional

Em relação aos leitos de UCI Neonatal Convencional, houve portaria destinando recursos para o seu custeio, no entanto, não foi suficiente para induzir a sua criação. Novas regras para a habilitação e para o custeio foram instituídas por meio das portarias MS/GM nº 930, de 10 de maio de 2012 e MS/GM nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013.

De acordo com a Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde (DRAC/CGPAS), foram incorporados recursos do bloco MAC de estados e municípios para custeio de 2.020 leitos em todo o Brasil, totalizando R\$ 185.799.600,00. De todos os entes estaduais contemplados, apenas Espírito Santo e Roraima não tiveram seus leitos custeados por não apresentar leitos cadastrados no CNES.

A Tabela 7 apresenta os quantitativos e os valores referentes a esses leitos, por UF.

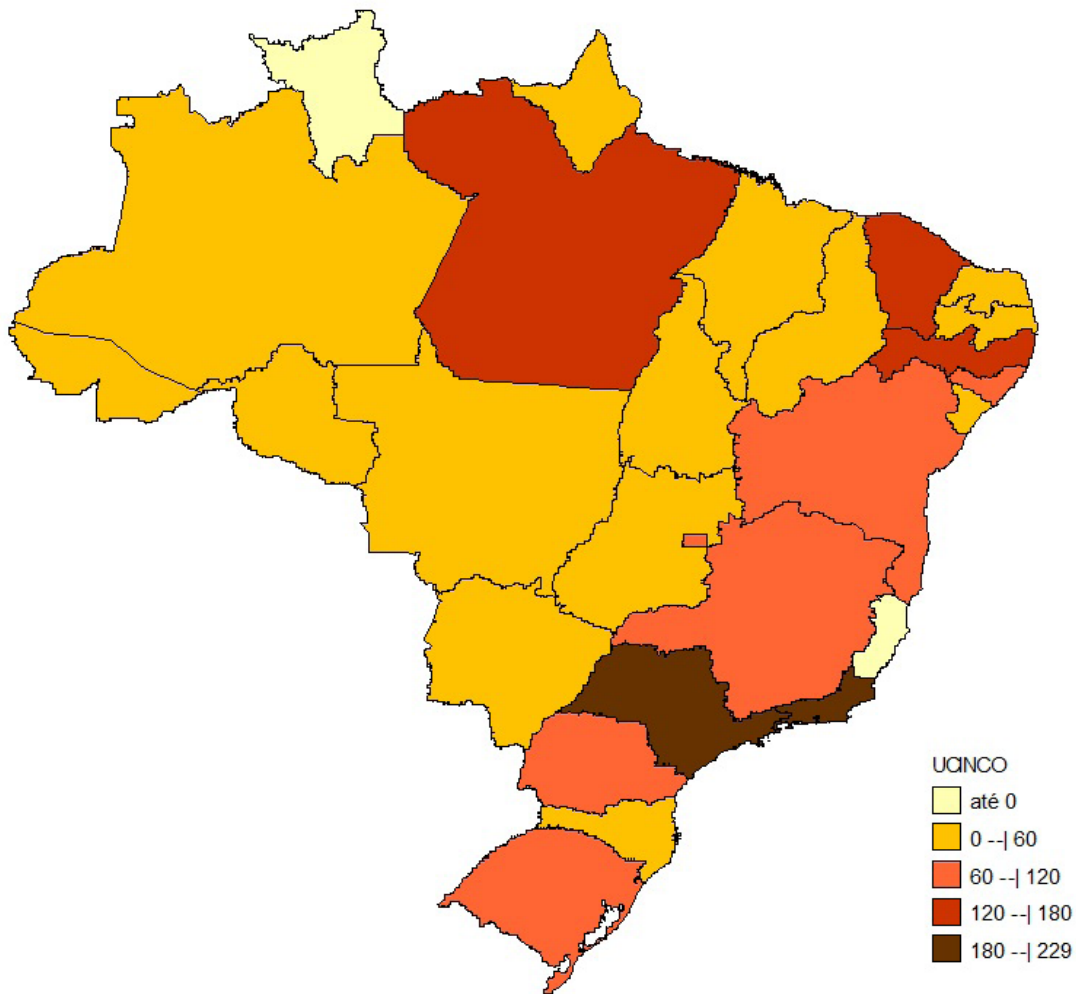
Tabela 7 – Leitos de UCI neonatal convencional qualificados, por UF, 2011 a 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AC	21	R\$ 1.931.580,00	PB	51	R\$ 4.690.980,00
AL	70	R\$ 6.438.600,00	PE	148	R\$ 13.613.040,00
AM	36	R\$ 3.311.280,00	PI	34	R\$ 3.127.320,00
AP	18	R\$ 1.655.640,00	PR	79	R\$ 7.266.420,00
BA	116	R\$ 10.669.680,00	RJ	221	R\$ 20.327.580,00
CE	156	R\$ 14.348.880,00	RN	25	R\$ 2.299.500,00
DF	98	R\$ 9.014.040,00	RO	47	R\$ 4.323.060,00
GO	35	R\$ 3.219.300,00	RS	113	R\$ 10.393.740,00
MA	49	R\$ 4.507.020,00	SC	56	R\$ 5.150.880,00
MG	112	R\$ 10.301.760,00	SE	44	R\$ 4.047.120,00
MS	49	R\$ 4.507.020,00	SP	229	R\$ 21.063.420,00
MT	8	R\$ 735.840,00	TO	37	R\$ 3.403.260,00
PA	168	R\$ 15.452.640,00			
TOTAL				2.020	R\$ 185.799.600,00

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

A distribuição dos leitos de UCI neonatal qualificados, a partir dos PARs aprovados da Rede Cegonha, por UF, está demonstrada na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição dos leitos de UCI neonatal qualificados, por UF, 2011 a 2013



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

3.1.5 Plano das Ações Estratégicas para Redução da Morte Materna

Objetivo geral: Intensificar o processo de qualificação da atenção e da gestão nas maternidades estratégicas e redes locais, para acelerar a redução da morte materna e promover a maternidade segura.

Objetivos específicos:

1. Intensificar o processo de qualificação da atenção e da gestão nas maternidades estratégicas e redes locais, para acelerar a redução da morte materna e promover a maternidade segura.

2. Apoiar a elaboração, a implementação e o monitoramento avaliativo de planos de ação.
3. Ofertar, pactuar e executar processos de educação permanente.
4. Organizar, articular e apoiar as redes de atenção materna e infantil nas regiões de saúde diretamente envolvidas.

Estratégias de operacionalização:

- Contratação de um apoiador institucional para cada uma das maternidades.
- Constituição de grupo estratégico nas maternidades de condução do Plano de Ação.
- Elaboração e implementação de Plano de Ação, que contém seis diretrizes: Cogestão, Acolhimento e Classificação de Risco, Acompanhante, Acolhimento em Rede, Ambiência e Monitoramento e Avaliação.
- Matriciamento por maternidades “Centros de Apoio”.
- Matriciamento de Boas Práticas Neonatais por dupla de neonatologista e enfermeiro de unidades neonatais de nove hospitais universitários do País que compõem a Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal (RBPN).
- Nova Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) incluindo o “Cuidado Amigo da Mulher” e a garantia do acompanhante do RN internado, mesmo que em UTI.
- Visitas técnicas por profissionais e por gestores de todas as maternidades em hospitais de referência nacional.
- Realização de processos de formação e de qualificação do cuidado e da gestão.
- Seminário de Boas Práticas de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- Formação em urgências obstétricas.
- Formação de equipes e construção de protocolos clínicos, em parceria com três hospitais (Proadi).
- Realização de videoconferências sobre morte materna envolvendo todas as maternidades e equipe do Ministério da Saúde.
- Priorização de investimentos em reformas, ampliação e equipamentos.

Diretrizes em desenvolvimento nas maternidades prioritárias:

- Acolhimento em Rede – efetiva articulação da maternidade com os demais serviços de saúde, ampliando e qualificando o acesso e a qualidade do cuidado às gestantes e às crianças.
- Gestão Colegiada – qualificação de dispositivos para a democratização da gestão e da inclusão dos(as) trabalhadores(as) nas decisões.
- Acolhimento e Classificação de Risco (ACR).
- Garantia de Equipe Horizontal.
- Direito ao acompanhante de livre escolha da mulher durante toda a internação – conforme legislação vigente (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005).
- Vinculação da Gestante (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007).

Seminário de Boas Práticas no Contexto da Rede de Apoio na Rede Cegonha – Centros de Apoio e Maternidades Prioritárias:

Estes seminários permitiram a oportunidade de envolver as equipes das maternidades na discussão das boas práticas na atenção obstétrica e neonatal, como na construção de uma “Agenda Político-Institucional” de compromissos interfederativos. Dos seis seminários, participaram mais de 400 profissionais.

Objetivos:

- Estabelecer relações colaborativas nos espaços coletivos dos serviços e entre estes.
- Contribuir para a qualificação da equipe na atenção obstétrica e neonatal.
- Favorecer a troca de experiências.

Público-Alvo:

O público convidado, em torno de 65 pessoas em cada seminário, incluiu equipes de trabalhadores e gestores, isto é, atores-chave com poder de deliberação e de condução dos processos desejados.

- Cinco serviços entre as 32 maternidades prioritárias para as Ações Estratégicas para Redução da Morte Materna (cinco profissionais por maternidade: diretor técnico da Maternidade, coordenador da Obstetrícia, coordenador da Neonatologia, coordenador de Enfermagem e o apoiador institucional de Maternidade).
- Apoiador institucional temático, apoiador da PNH e consultor da CGSCAM/MS em cada estado.
- 20 profissionais da maternidade que sediam o evento.

Seminários realizados:

Seminário de Boas Práticas realizado em Fortaleza/CE, onde participaram as maternidades:

- Maternidade Assis Chateaubriand/CE
- Cesar Cals/CE
- Hospital Geral de Fortaleza/CE
- Santa Casa de Sobral/CE
- Santa Monica/AL
- Santa Izabel/SE

Seminário de Boas Práticas realizado em São Luís/MA, onde participaram as maternidades:

- HUUFMA
- Hospital Escola da FAP/PB
- IMIP/PE
- Hospital Dom Malan/PE
- Maternidade Marly Sarney

Seminário de Boas Práticas realizado em Belo Horizonte/MG, onde participaram as maternidades:

- Hospital Risoleta Neves/MG
- Hospital Ronaldo Gazolla/RJ
- Hospital Plantadores de Cana/RJ
- Hospital da Mulher Heloneida Studart/RJ
- Hospital Geral de Nova Iguaçu/RJ
- Hospital Rocha Faria/RJ

Seminário de Boas Práticas realizado em Boa Vista/RR, onde participaram as maternidades:

- Nossa Senhora de Nazareth/RR
- Santa Casa do Pará/PA
- Hospital Mãe Luiza/AP
- Maternidade Barbara Heliodora/AC

Seminário de Boas Práticas realizado em Palmas/TO, onde participaram as maternidades:

- Hospital e Maternidade Dom Orione/TO
- Hospital Materno Infantil de Goiás/GO
- Hospital Dr Jose Pedro Bezerra/RN
- Hospital Evangélico de Curitiba/PR
- Maternidade Evangelina Rosa/PI
- Maternidade do Hospital Luiz Palmier/RJ

Seminário de Boas Práticas realizado em Manaus/AM, onde participaram as maternidades:

- Maternidade de Referência Zona Leste Ana Braga/AM
- Instituto da Mulher Dona Lindu/AM
- Maternidade Professor Jose Maria De Magalhaes Neto/BA
- Hospital Geral Roberto Santos/BA
- Barão de Lucena/PE
- Hospital de Base Ary Pinheiro/RO

3.2 Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

No Brasil, a mortalidade proporcional por câncer cresceu consideravelmente nas últimas décadas, acompanhando o cenário mundial. Evidentemente, este crescimento apresenta relação direta com a transição demográfica e epidemiológica verificada no País, que coloca em evidência as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre as quais está o câncer.

Ciente da necessidade de reestruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. A Rede tem como objetivo fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas. Dessa forma, a implantação dessa Rede pretende suscitar mudanças na atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, entre elas, o câncer; e também publicou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013.

Prevista na Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, sancionada pela presidenta da República, Dilma Rousseff, os usuários com câncer terão o início de seu tratamento assegurado em no máximo 60 dias após o registro do diagnóstico em seu prontuário. Essa medida entrou em vigor no dia 23 de maio de 2013 e teve sua regulamentação detalhada pela Portaria MS/GM nº 876, de 16 de maio de 2013. O prazo máximo vale para o início do tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, conforme prescrição médica).

As novas regras, além de decisivas para a redução do tempo de espera, deixam claras as atribuições da União, dos estados e dos municípios no diagnóstico e no tratamento do usuário com câncer e organizam a atenção oncológica de forma ágil e resolutiva e com qualidade.

Para auxiliar os entes federados, que são os gestores dos serviços oncológicos da rede pública, a gerenciar sua fila de espera e ofertar o atendimento em tempo oportuno, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). O *software*, já disponível gratuitamente para as secretarias de saúde e para os prestadores de serviços de saúde, reunirá o histórico dos pacientes desde o diagnóstico até o tratamento, possibilitando acompanhar o cuidado integral ao usuário diagnosticado com câncer.

Com chances altíssimas de cura, se forem descobertos e tratados adequadamente em estágios iniciais da doença, os cânceres do colo do útero e de mama tiveram seu controle reafirmado como prioridade no Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela presidenta da República, em março de 2011.

Desta forma, o Ministério da Saúde tem investido na ampliação da linha de cuidados desses dois tipos de câncer e buscado subsídios para o avanço no planejamento das suas ações de controle, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil.

Uma das ações estruturantes para o fortalecimento do diagnóstico do câncer de mama, especialmente para as mulheres em situação de vulnerabilidade, é o Programa de Mamografia Móvel, lançado no final do ano de 2012 pelo Ministério da Saúde. A estratégia consiste no custeio dos procedimentos realizados pelas Unidades Móveis de Mamografia que percorrem locais estratégicos (por exemplo, áreas remotas e de difícil acesso) para a realização de mamografias em mulheres na faixa etária prioritária de 50 a 69 anos de idade.

Em relação ao diagnóstico precoce e ao tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero, o Ministério da Saúde publicou portaria que institui a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito). A ação tem como objetivos definir os padrões de qualidade e também avaliar a qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.

E reforçando essas ações, encontra-se em tramitação para publicação a portaria com critérios para habilitação de Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC). Essa normativa apresentará 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 do útero e de tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero pela usuária, 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.

Neste contexto, e em consonância com a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, no que se refere à ampliação e à qualificação da Assistência Oncológica no SUS em 2013, foram habilitados quatro novos serviços em alta complexidade em oncologia, sete serviços passaram a oferecer radioterapia e outros dois passaram a oferecer atenção na área da hematologia. Em 2014, mais um hospital foi habilitado na alta complexidade em oncologia, totalizando 278 serviços, considerados referência para o cuidado da pessoa com câncer.

Para atender às prescrições medicamentosas específicas da Atenção à Pessoa com Câncer no âmbito do SUS, foi centralizada a compra, em 2012 e 2013, dos medicamentos L-asparagina e Trastuzumabe.

O MS, por meio de convênios com os entes federados, repassa incentivos financeiros para investimento, os quais compreendem a aquisição de equipamentos e a estruturação de serviços necessários ao cuidado das pessoas com câncer.

Para ampliação do serviço de radioterapia, foram empenhadas 26 propostas de aceleradores lineares de convênios celebrados em 2011 e 2012, sendo que destas, 19 já foram pagas.

Em 2013, foram empenhadas sete propostas para aquisição de acelerador linear e três propostas de braquiterapia.

No âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, lançado em 2012, há a previsão de investimentos na ordem de R\$ 505 milhões para implantação de 80 soluções de radioterapia (41 novos serviços de radioterapia e a ampliação de 39 serviços de radioterapia em hospitais já habilitados) até 2014, abrangendo 65 municípios em 22 estados e o Distrito Federal. Esta medida contribui para a persecução das políticas nacionais voltadas para o progresso do País por meio do fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, com implantação de uma fábrica de equipamentos de radioterapia no País, e do desenvolvimento de fornecedores locais.

Tabela 8 – Ações propostas para o fortalecimento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, metas executadas até outubro de 2013

Ações	Metas previstas	Executado
Câncer do Colo do Útero		
1 Realizar 12 milhões de exames citopatológicos de rastreamento, por ano, em todas as faixas etárias	100% 12.000.000	70% 8.4
2 Ampliar o acesso aos exames citopatológicos de rastreamento, na faixa etária entre 25 e 64 anos, chegando até 75% em 2014	75% 9 milhões	73% 6,6 milhões
3 Reduzir a menos de 5% os exames considerados insatisfatórios	5%	1,1%*
4 Fortalecer o controle de qualidade dos exames citopatológicos		
4.1 Programa Nacional de Qualidade de Citopatologia [#]	1	1 portaria publicada
4.2 Repasse de recursos para UFs para releitura de até 10% das lâminas de exames citopatológicos por meio do monitoramento externo de qualidade (MEQ)		7
5 Induzir o aumento da escala de produção dos laboratórios das regiões Norte e Nordeste \$ – 150.000 lâminas/ano		
5.1 Projetos aprovados e com empenho realizado	5	4
6 Implantar 20 novos centros especializados em diagnóstico e tratamento das lesões iniciais nas regiões Norte e Nordeste até 2014		
6.1 Convênios e contratos de repasse celebrados	20	28 propostas referentes a 37 serviços, sendo que destas 21 pagas
Câncer de Mama		
1 Realizar força-tarefa para monitorar a qualidade de produção dos mamógrafos	1	1
2 Alcançar, até 2014, a realização de 3,8 milhões de mamografias por ano em todas as faixas etárias	100% 3.800.000	55% (2013) 2.102.922
3 Alcançar proporção de 65% de mamografias de rastreamento realizadas na faixa etária entre 50 e 69 anos até 2014	65% 3 milhões	70% 2,1 milhões
4 Ofertar serviço de mamografia móvel	0	2 serviços habilitados
5 Implantar Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM)	1	1

continua

conclusão

Ações	Metas previstas	Executado
6 Criar 50 novos centros de especializados em confirmação diagnóstica até 2014 <i>6.1 Projetos aprovados e com empenho realizado</i>	50	20 propostas empenhadas referentes a 18 serviços, sendo destas 8 pagas
Fortalecimento das Ações de Controle do Câncer		
1 Ampliar o acesso a serviços de radioterapia para tratamento oncológico: <i>1.1 Compra centralizada de 80 novos aceleradores lineares</i> <i>1.2 Ampliação por meio de convênios</i>	<i>N/D</i>	<i>Plano de Expansão: 0</i> <i>Convênios: 33 propostas de acelerador linear, sendo que destas 19 estão pagas</i>
3 Habilitações de hospitais em oncologia	N/D	Até 2013: 277 hospitais habilitados sendo destes 12 habilitados em 2013
4 Revisão da nova Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer nas Redes de Atenção à Saúde	Publicação	Publicada
5 Difusão da informação e mobilização social		
<i>5.1 Qualificação do SI integrando Siscolo e Sismama</i>	SI desenvolvido e implantado	SI desenvolvido, elaborado e com processo de implantação iniciado em 2013
<i>5.2 Comitê de mobilização com reuniões semestrais</i>	1	1
<i>5.3 Comitê de especialistas constituído</i>	1	1

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

3.3 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Unidade Básica de Saúde;• Núcleo de Apoio à Saúde da Família;• Consultório na Rua;• Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none">• Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none">• Samu 192;• UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none">• Unidade de acolhimento;• Serviço de Atenção em Regime Residencial CTs.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none">• Leitos de saúde mental em hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none">• Serviços residenciais terapêuticos;• Programa De Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Iniciativas de geração de trabalho e renda;• Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

Em 2013, houve aumento da quantidade de serviços habilitados pelo Ministério na Rede de Atenção Psicossocial. No final do ano de 2013, a Rede de Caps atingiu o total de 2.067 serviços. Em relação às unidades de acolhimento, até 2013 foram mais 14 habilitadas. No final de 2013, atingiu-se o quantitativo de 713 leitos habilitados de saúde mental em hospitais gerais.

Além da ampliação do acesso, outros avanços merecem destaque em 2013. Foi instituído o investimento de construção para Caps e UA. Foram selecionadas 265 propostas, assim distribuídas:

Tabela 9 – Recursos para construção de Caps AD III e UA em 2013

	Recursos dos programas	Recursos das emendas	Recursos dos convênios	Total de propostas	Valor dos investimentos
Caps AD III	111	4	5	120	127,5 milhões
UA	127	0	3	130	66,5 milhões
Outros tipos de Caps	0	4	11	15	30,7 milhões
Total	265				224,7 milhões

Fonte: CGMAD/SAS/MS, janeiro de 2014

Houve, ainda, em 2013, reajuste do valor repassado para custeio dos Caps com funcionamento 24 horas. Com a publicação da Portaria GM nº 1.966, de 10 de setembro de 2013, o Caps III passou a receber custeio mensal de R\$ 84.134,00 e o Caps AD III passou a receber R\$ 105.000,00. No caso dos Caps III, o reajuste foi de 27,2%. Para os Caps AD III, o aumento foi de 33,2%. Também no Programa De Volta para Casa (PVC) houve revisão do benefício repassado, que passou de R\$ 320,00 para R\$ 412,00 por pessoa ao mês. Em dezembro de 2013, o programa chegou a 4.245 beneficiários.

A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas (CGMAD), também tem apoiado iniciativas que propiciem a reabilitação psicossocial, além de colocar, à disposição dos gestores estaduais e municipais, apoiadores institucionais para a construção e o acompanhamento de planos de ação do Programa Crack e da Raps.

Tabela 10 – Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento e habilitados até dezembro de 2012

UF	População	Qt Caps I	Qt Caps II	Qt Caps III	Qt Caps i	Qt Caps ad	Qt Caps ad III	TOTAL	Indicador Caps/100 mil habitantes
Distrito Federal	2.562.963	1	3		1	3		8	0,292630054
Goiás	6.004.045	21	16		2	7	1	47	0,616251211
Mato Grosso	3.033.991	25	3		3	5		36	0,77455734
Mato Grosso do Sul	2.449.341	10	6	1	1	4		22	0,714477894
Acre	732.793		1			1		2	0,272928371

continua

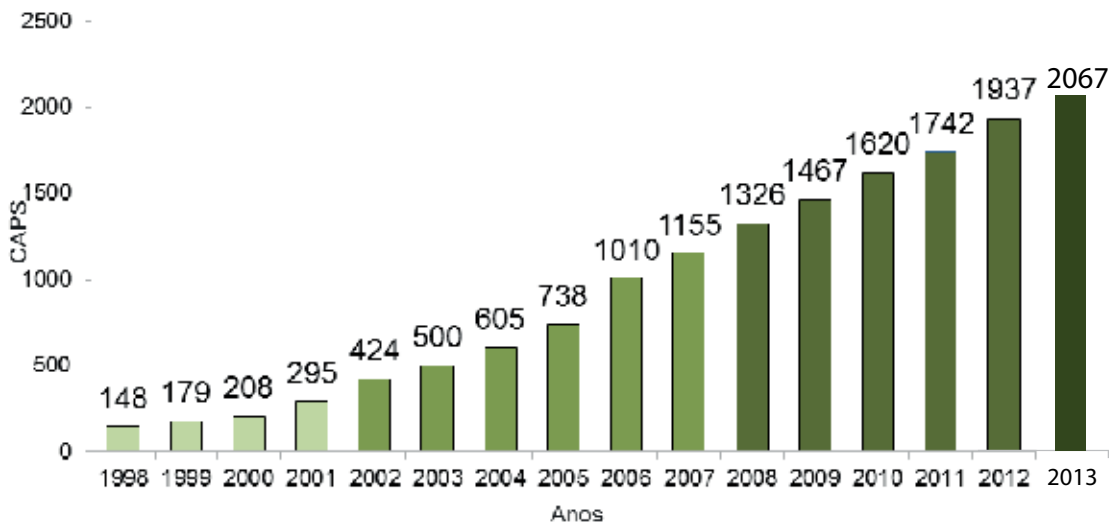
conclusão

UF	População	Qt Caps I	Qt Caps II	Qt Caps III	Qt Caps i	Qt Caps ad	Qt Caps ad III	TOTAL	Indicador Caps/100 mil habitantes
Amapá	668.689				1	2		3	0,448639053
Amazonas	3.480.937	11	4	1	1			17	0,344734765
Pará	7.588.078	31	17	2	3	7	1	61	0,619392684
Rondônia	1.560.501	12	5		1	1		19	0,833065791
Roraima	451.227	3	1			1		5	0,775662804
Tocantins	1.383.453	7	4			1	1	13	0,722829037
Alagoas	3.120.922	41	6		1	3		51	0,977275305
Bahia	14.021.432	134	33	3	8	16		194	0,916454182
Ceará	8.448.055	52	29	3	6	18		108	0,988393186
Maranhão	6.569.683	41	15	1	3	6		66	0,700185991
Paraíba	3.766.834	44	8	4	8	8	2	74	1,460112126
Pernambuco	8.796.032	34	23	4	8	14	2	85	0,807182148
Piauí	3.119.015	31	7	1	1	3	2	45	0,993903524
Rio Grande do Norte	3.168.133	16	11	1	3	6	1	38	0,978494274
Sergipe	2.068.031	22	4	3	2	4		35	1,233056951
Rio Grande do Sul	10.695.532	70	39		20	26	3	158	1,164037469
Santa Catarina	6.249.682	53	14	2	7	11		87	0,984050068
Paraná	10.439.601	39	27	2	10	25		103	0,809417908
Espírito Santo	3.512.672	8	8		1	3		20	0,45549371
Minas Gerais	19.595.309	95	49	11	15	24	6	200	0,821625217
Rio de Janeiro	15.993.583	37	44	3	19	21	1	125	0,67839708
São Paulo	41.252.160	69	87	30	49	73	7	315	0,724810531
Brasil	190.732.694	907	464	72	174	293	27	1937	0,803742645

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Os gráficos, a seguir, mostram mudança da política de saúde mental em todo o País, antes centrado no modelo “hospitalocêntrico”. Houve redução, ao longo dos anos, dos leitos psiquiátricos do SUS acompanhada de aumento significativo dos Caps.

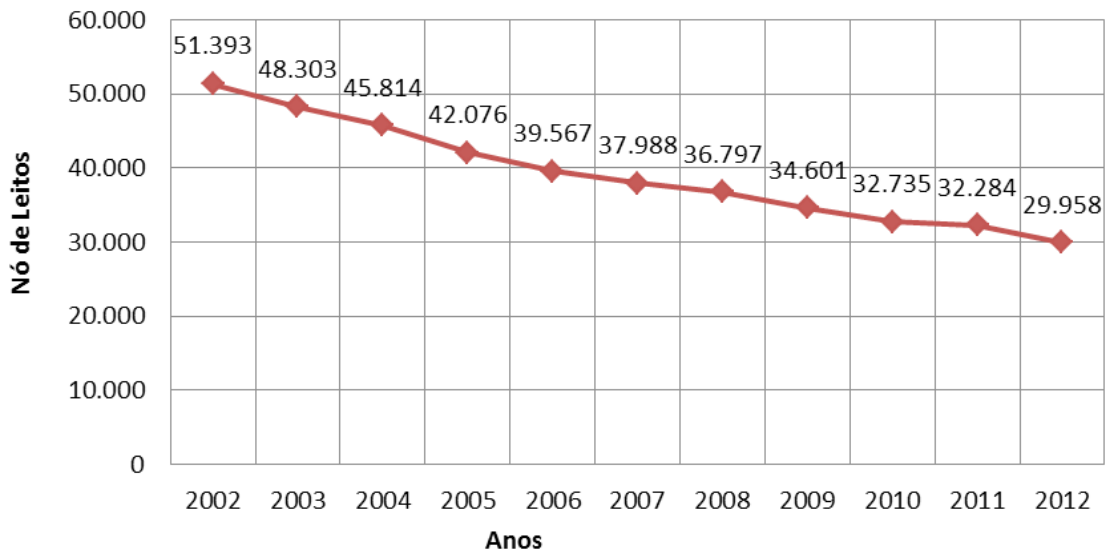
Gráfico 2 – Número de Caps no Brasil, em funcionamento e habilitados, de 1998 a 2013



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Gráfico 3 – Leitos psiquiátricos nas US por ano

Redução de Leitos



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, de 2002 a julho de 2012.

No componente atenção residencial de caráter transitório, foram incentivados, em 2012, 56 unidades de Acolhimento (adulto e infantojuvenil) e foram habilitadas 10 unidades de Acolhimento no Estado de São Paulo. Isso representou um total de R\$ 4.340.000,00.

No componente de estratégias de desinstitucionalização, foram incentivados 91 serviços residenciais terapêuticos. Isso representou um total de R\$ 1.820.000,00.

No componente atenção hospitalar, foram incentivados 521 leitos de saúde mental em hospitais gerais. Isso representou um total de R\$ 2.212.000,00.

No componente reabilitação psicossocial, foram financiados 38 projetos de municípios, por meio de edital. Isso representou um total de R\$ 1.160.000,00.

Durante o ano de 2012, foram pagos no teto de **média e alta complexidade** dos estados os seguintes valores para manutenção dos serviços de saúde mental:

Tabela 11 – Valor repassado ao teto de MAC Estadual para serviços de saúde mental até dezembro de 2012

UF	Valor repassado em 2012 – MAC Estadual – Saúde Mental
AC	549.072,32
AL	93.362,96
AM	1.086.366,64
AP	2.982,40
BA	5.596.306,84
DF	2.105.206,17
ES	8.005.526,4
GO	9.762,16
MA	1.364.574,2
MG	7.294.563,45
MT	1.899.697,6
PA	1.336.675,76
PB	218.565,04
PE	175.699,44
PI	1.065.258,24
PR	6.032.837,84
RJ	1.665.240,67

continua

conclusão

UF	Valor repassado em 2012 – MAC Estadual – Saúde Mental
RN	155.690,4
RO	416.835,28
RR	619.471,4
RS	10.447.148,17
SC	2200257
SE	1.790.537,2
SP	872.689,84
TO	382.597,83
Total Brasil	48.477.182,85

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, a partir de relatório do Sispag/FNS.

Para os municípios, foram pagos em 2012 no teto de média e alta complexidade municipal os seguintes valores para manutenção dos serviços de saúde mental:

Tabela 12 – Valor repassado ao teto de MAC Municipal para serviços de saúde mental até dezembro de 2012

UF	Valor repassado em 2012 – MAC Municipal – Saúde Mental
AL	4.228.876,48
AM	346399
AP	299280
BA	6.375.737,64
CE	7.999.782,47
ES	1.960.235,2
GO	4.612.293,36
MA	2.386.421,37
MG	11.220.215,24
MS	2.770.484,56
MT	2.583.115,28
PA	4.609.534,05
PB	5.177.757,86
PE	11.706.758,88
PI	1.870.317,72
PR	5.233.823,72
RJ	39.506.936,73
RN	3.347.716,92

continua

conclusão

UF	Valor repassado em 2012 – MAC Municipal – Saúde Mental
RO	1.558.616,64
RR	198.517,5
RS	6.640.409,02
SC	6.672.874,64
SE	2.871.180,72
SP	38.371.974,09
TO	640.740,96
Total Geral	173.190.000,1

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, a partir de relatório do Sispag/FNS.

3.3.1 Programa *Crack*: é possível vencer – Eixo Cuidado

O Programa “*Crack*: é possível vencer” é uma iniciativa conjunta de diversos ministérios – Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Secretaria de Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As ações do programa são organizadas por eixos – prevenção, cuidado e autoridade. O Ministério da Saúde participa do eixo Cuidado, por meio de alguns pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) – Caps ad III, unidades de Acolhimento, Leitos de Saúde Mental e Consultório na Rua – com vagas de residência médica e vagas em cursos de formação sobre saúde mental, álcool e outras drogas.

Durante o ano de 2012, foram feitas pactuações para implantação de novos serviços, no âmbito do Programa *Crack*: é possível vencer, com as seguintes capitais: Maceió/AL, Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC, Rio Branco/AC, Recife/PE, Belo Horizonte/MG, Vitória/ES, Campo Grande/MS, Teresina/PI, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Brasília/DF, Salvador/BA, São Paulo/SP. Representantes dos ministérios envolvidos realizaram visitas de pactuação nesses municípios, a fim de acordar as metas para 2012 e 2013 em todas as áreas e eixos.

Em 2013, puderam aderir ao programa “*Crack* é Possível Vencer” todos os municípios com mais de 200 mil habitantes. Assim, foram pactuadas metas com 118 municípios em todos os estados.

Ao final de 2013, o Eixo Cuidado do Programa *Crack*, referente aos serviços de saúde, dispunha da seguinte rede de atenção: 101 consultórios na rua, 2.067 Caps (sendo 47 Caps AD III, além de mais 63 Caps AD III autorizados para construção), 60 Unidades de Acolhimento (além de mais 74 autorizadas para construção) e 713 leitos em Hospitais Gerais.

Além destas ações, a atuação da SAS no Eixo Prevenção do Programa *Crack* se dá de duas formas:

1. Em articulação com a SGTES, onde há metas referentes às capacitações em saúde mental, álcool e outras drogas – 350 mil auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e 11 mil profissionais de saúde de nível superior – UnA-SUS/preceptores do PET/cursos de especialização, 100 mil alunos de graduação da área de Saúde no Pró-Saúde e PET-Saúde e 1.659 profissionais dos Caps para atuação como teleconsultores. Além da oferta de cursos de capacitação e formação, há ainda metas para ampliação das residências médicas: 150 novas vagas de residência médica em psiquiatria e 304 novas vagas em saúde mental para residência multiprofissional. O projeto “Caminhos do Cuidado”, de formação de agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem, tem se mostrado como um dispositivo importante para ampliar as possibilidades das práticas de cuidado, acolhimento e escuta dos profissionais de saúde.
2. Por intermédio dos programas de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em escolas e comunidades, com a colaboração do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes; do Programa Unplugged, voltado para o público de 10 a 14 anos; e do Programa Elos, dirigido a crianças de 6 a 10 anos.

3.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz parte do Programa Viver sem Limite lançado ao final de 2011 pela presidente. O seu “Eixo Cuidado” é da responsabilidade do Ministério da Saúde.

Em 2013, entre maio e dezembro, o MS habilitou 102 Centros Especializados de Reabilitação (CERs) e dois serviços de Modalidade Única. Foram cadastradas no Sismob 45 propostas de construções de CER, 16 de ampliação e 10 de reforma.

Quanto ao veículo adaptado para acesso das pessoas com deficiência aos centros especializados em reabilitação (CERs) foram empenhados 20 micro-ônibus e 88 furgões. Todos os micro-ônibus foram entregues entre maio e junho de 2013. Dos furgões, 28 foram entregues em novembro e dezembro de 2013 e 60 serão entregues em 2014.

Para a qualificação de oficinas ortopédicas fixas, em 2012 foi realizado o 1º FormSUS, que indicou 25 oficinas ortopédicas públicas. Dessas, 21 foram habilitadas em 2013. Cadastradas no Sismob, em 2013, propostas de 33 construções de oficinas ortopédicas fixas. O MS tem investido ainda em oficinas itinerantes, com previsão de aquisição de 10 oficinas itinerantes terrestres e 10 fluviais até final de 2014.

A Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência (ATSPCD) encaminhou para apreciação da Conitec 15 itens que foram acolhidos e aprovados para incorporação em maio de 2013. A Economia da Saúde está realizando a cotação e definição de valores de 40 itens a serem incorporados à lista do SUS em 2013 e 2014.

Para a capacitação de profissionais de nível superior e para a prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, foi selecionada a Universidade Federal de Minas Gerais e celebrado convênio. Foram capacitados 99 técnicos ortesistas, e estão em processo de qualificação 1.367 profissionais de nível superior para prescrição de órteses e próteses por meio da Plataforma UnA-SUS. Os cursos estão sendo ministrados por profissionais de entidades, de universidades e instituições, com reconhecida *expertise* no campo da confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e materiais especiais (OPMs).

Foram qualificados 425 CEOs, para atender pessoas com deficiência. Quanto aos centros cirúrgicos, foram equipados 81 serviços para atendimento aos usuários.

Para a qualificação das equipes de Saúde Bucal, foi selecionada a Universidade Federal de Pernambuco, com início dos cursos em setembro de 2013, sendo também realizado via UnA-SUS. Está previsto capacitação de 5.674 profissionais.

O marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal, que passará a integrar o componente sanguíneo da triagem (teste do pezinho), triagem auditiva (teste da orelhinha) e a triagem ocular (teste do olhinho), foi revisto e tem previsão de pactuação na CIT de fevereiro de 2014. O componente sanguíneo está estendendo o número de doenças testadas em todos os estados da Federação, sendo que ao final de 2013, 15 estados estavam habilitados na fase III e 12 estados habilitados na fase IV. Oitenta e uma maternidades tiveram propostas aprovadas para adequação e realização de triagem auditiva neonatal. Destas, 75 receberam recurso para compra de equipamentos e oito já estão realizando exames. E encontra-se em desenvolvimento o Sistema de Informação em triagem neonatal que será implantado em todo o País, tendo sido realizado teste piloto em Pernambuco.

Em 2012 e 2013 foram publicadas nove diretrizes terapêuticas: Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Síndrome de *Down*, de Atenção à Pessoa Amputada, de Atenção à Pessoa com Lesão Medular, Diretriz Brasileira para Triagem Auditiva Neonatal, de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos de Espectro do Autismo, de Atenção à Pessoa com Traumatismo Crânioencefálico, de Atenção à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, de Atenção à Saúde Ocular na Infância. Estão em fase de elaboração mais cinco diretrizes que serão publicadas em 2014.

Tabela 13 – Ações propostas para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência segundo metas previstas e execução, Brasil, 2011 a 2013

Ações	Metas previstas	Executado
1 Ampliar acesso aos centros especializados em reabilitação (CERs)		
1.1 Implantar novos CERs	22	0
1.2 Qualificar os CERs	23	139
1.3 Adquirir veículos para transporte	88	108
2 Ampliar oferta de órteses e próteses		
2.1 Implantar novas oficinas ortopédicas fixas	6	0
2.2 Qualificar oficinas ortopédicas fixas	25	31
2.3 Implantar oficinas ortopédicas itinerantes	13	0
2.4 Capacitar ortesistas e protesistas	660	101
2.5 Revisar e ampliar a tabela de OPMs ambulatoriais do SUS	Tabela revista	0
2.6 Procedimentos de manutenção/adaptação de OPM, incluindo adaptação de cadeira de rodas	Procedimento incluído	7
3 Ampliar Atenção Odontológica		
3.1 Incentivar os centros de especialidades odontológicas (CEOs)	100	425
3.2 Adequar estrutura física e equipar centros cirúrgicos de odontologia	27	81
3.3 Capacitar profissionais de Saúde Bucal	6.000	0
4 Ampliar a triagem neonatal		
4.1 Extensão da Fase III do Programa Nacional de Triagem Neonatal	27 estados	27
4.2 Estruturação da Fase IV do Programa Nacional de Triagem Neonatal	27 estados	12
4.3 Adequação de 27 maternidades de alto risco para a realização de triagem auditiva neonatal	27	5
5 Elaborar e publicar diretrizes terapêuticas	4	9

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

3.5 Rede de Urgência e Emergência

3.5.1 Aprovação dos Planos de Ação Regionais (PARs)

Nos anos de 2011, 2012 e 2013, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias aprovando os Planos de Ação Regionais (PARs) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em 24 unidades da Federação (UFs), conforme demonstrados na Tabela 14. Vale destacar que, de todas as UFs contempladas, Pará, Roraima, Amapá, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina tiveram o Estado inteiro contemplado, tendo em vista as especificidades relativas às ações de Urgência e Emergência naquele Estado.

Tabela 14 – Quantidade de portarias publicadas com PARs aprovados da Rede de Atenção às Urgências, 2011 a 2013, por UF

UF	PORTARIAS PUBLICADAS (ETAPAS APROVADAS)	UF	PORTARIAS PUBLICADAS (ETAPAS APROVADAS)
AC	1	PA	1
AL	1	PE	1
AM	2	PI	1
AP	1	PR	2
BA	1	RJ	1
CE	2	RN	1
ES	1	RR	1
GO	1	RO	1
MA	3	RS	1
MG	2	SP	4
MS	3	SC	3
MT	1	TO	1
TOTAL		37	

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Foram publicados 37 Planos de Ação da RUE por portarias até dezembro de 2013.

3.5.2 Salas de Estabilização

A Sala de Estabilização foi instituída pela Portaria MS/GM nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização, que deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde

articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

Em 2013 foram analisadas e aprovadas 216 salas de estabilização, dessas, 102 unidades tiveram portaria de investimento devidamente publicada. A meta física estipulada para o ano de 2013 da Sala de Estabilização foi de 125 unidades, dessa forma, o montante de 102 salas permitiu atingir acima de 80% da meta estipulada.

As 102 salas de estabilização envolvem recursos na ordem de R\$ 10.200.000,00 para a sua implantação.

3.5.3 Força Nacional do SUS

A Força Nacional do SUS (FN-SUS), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011o), e regulamentada pela Portaria Ministerial MS/GM nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011p), que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).

A FN-SUS é componente da Rede de Urgência e Emergência, composta por um Comitê Gestor formado pela Secretaria-Executiva – SE, SAS e SVS. As metas estabelecidas no momento de concepção da FN-SUS para a Rede de Atenção às Urgências foram atingidas. No início de 2012, foi contratado um profissional para gestão de contratos, ao passo que o Departamento de Logística da Secretaria-Executiva (SE/DLOG) em ação com a CGUE/DAHU/SAS/MS serão os responsáveis pelas ações estruturantes e de logística. Inclusive os insumos, equipamentos, mobiliário e instrumental cirúrgico estão em fase de aquisição.

Outra meta cumprida foi a validação do protocolo que estabelece os processos e os critérios para acionamento da FN-SUS, ocorrida em novembro de 2012. Por conta disso, já estão determinadas as formas e os procedimentos a serem adotados em caso de acionamento da Força.

A meta estabelecida em referência à contratação de profissionais também foi atingida. No início de 2012, a Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (SAS/DAE/CGUE) selecionou 2 mil profissionais, entre mais de 8 mil cadastrados na internet, para compor o cadastro de voluntários que atuarão nas missões da FN-SUS. Para que esses profissionais estejam preparados e aptos a atuar nas missões da Força, está sendo ofertado curso de especialização para mil profissionais.

A Força Nacional do SUS (FN-SUS) realizou 10 missões em 2012 e 11 missões em 2013.

As duas missões mais relevantes foram no incêndio da Boate Kiss em Santa Maria/RS, envolvendo cerca de 600 vítimas e contou com a participação de 67 profissionais da FN-SUS. No final de 2013, houve missão no Espírito Santo para atenção às vítimas das enchentes, nas quais foram envolvidos 18 profissionais.

As 21 missões mobilizaram recursos logísticos, com a liberação de cerca de 40 toneladas de medicamentos e insumos, além das equipes de atuação direta na assistência e na vigilância.

A FN-SUS tem participado das ações relacionadas à atenção à saúde nos grandes eventos, e os dois eventos de maior porte nessa atuação, em 2013, foram a Jornada Mundial da Juventude e a Copa das Confederações.

3.5.4 Serviço Móvel de Atenção às Urgências (Samu)

Em 2011, houve um aumento de 7% no quantitativo de novas Centrais de Regulação das Urgências com 229 (equivalente a 11%) municípios com acesso ao Samu 192 e 4.500.127 (equivalente a 4%) habitantes. Também foi executada a habilitação de mais 240 Unidades de Suporte Básico (USB), 45 Unidades de Suporte Avançado (USA) e 22 Motolâncias. Ou seja, um aumento de 15% no quantitativo de ambulâncias habilitadas. Em consequência, o custeio anual do Samu 192 foi incrementando em 82,2 milhões repassados ao Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde. Um incremento de 23,4%.

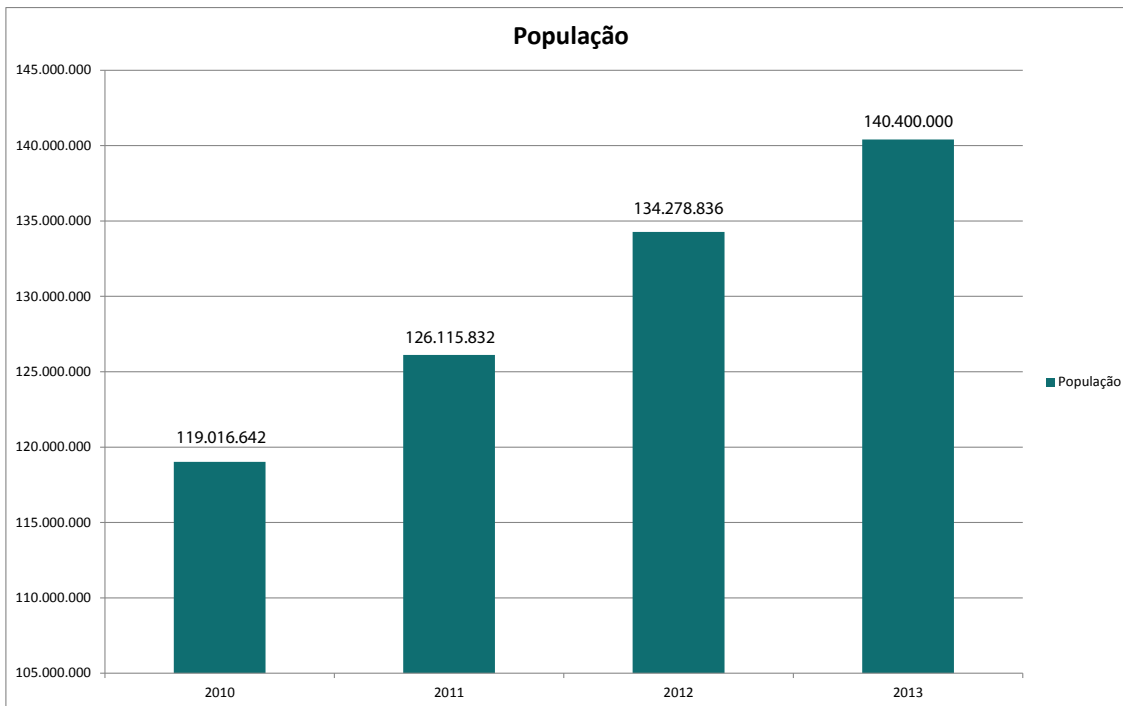
Em 2012, habilitamos mais 15 Centrais de Regulação das Urgências, um aumento de 9%. Em consequência, houve um aumento de 263 (equivalente a 12%) municípios e 8.567.227 (equivalente a 7%) habitantes com acesso ao Samu 192.

Já o custeio anual, foi incrementado em 99,3 milhões, um incremento de 23% repassados ao Samu 192 Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde.

Por fim, o Samu 192 em 2013 não foi diferente, continuou a ser estruturado no território nacional com evolução linear e contribuiu com o Estado brasileiro a reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro, principalmente no contexto das emergências clínicas.

Atualmente, o Samu 192 possui 181 Centrais de Regulação das Urgências com 2.745 (49,2%) municípios com acesso ao Samu 192, resultando em uma cobertura populacional de 72,4% (140.490.698). O custeio anual é de mais de 884 milhões.

**Gráfico 4 – Evolução da cobertura populacional do Samu 192.
Brasil, de 2010 a 2013**



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

Nos últimos dois anos, houve também significativa ampliação das unidades móveis do Samu 192. Em 2011, tínhamos 2.472 ambulâncias habilitadas, em 2013 atingimos 2.856. Aumento de 384 ambulâncias. Além das ambulâncias, temos: 215 motolâncias, 8 equipes de embarcação e 5 equipes de aeromédicos habilitados pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir a manutenção da qualidade e efetividade, bem como a expansão contínua e linear do Samu 192 no território nacional, também realiza a renovação de frota das ambulâncias; assim, no período de 2010 a 2012, 857 ambulâncias do Samu 192 no território nacional foram renovadas. Neste mesmo contexto, foi incorporado o veículo 4 x 4 (ambulância) utilitário/pick-up cabine simples adaptada com baú como novo componente no Samu 192 com a finalidade de atuar em locais de difícil acesso, em áreas suscetíveis a fenômenos extremos da natureza, desprovidos de recursos assistenciais para a chegada de equipe de atendimento pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar, onde uma ambulância furgão não conseguirá acessar ou o fará em tempo não compatível com a necessidade do primeiro atendimento.

Em 2013, houve o reajuste nos valores de custeio das unidades móveis e das Centrais de Regulação, ampliando o custeio total em cerca de 150 milhões de reais/ano (valores de julho de 2013).

3.5.5 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em dezembro de 2013 havia 1.048 UPAs aprovadas pelo Ministério da Saúde e 296 em funcionamento, sendo 205 dessas construídas com recursos do Ministério da Saúde. As demais UPAs, apesar de construídas com recursos locais, também se beneficiam do incentivo de custeio pelo Ministério da Saúde.

Em 2013, em um esforço adicional, o Ministério da Saúde aprovou incentivo de investimento para aquisição de equipamentos para 142 UPAs em fase final de implantação, no valor total de R\$86,4 milhões, prorrogando o prazo para entrada em funcionamento de UPA a fim de possibilitar melhores condições de gestão pelos proponentes destas UPAs. Ainda, disponibilizou projeto básico para UPA, com o objetivo de facilitar e agilizar as atividades preparatórias de ação pelos proponentes de UPA nos estados e municípios, bem como deu andamento aos estudos de viabilização da licitação nacional de equipamentos para UPA de forma a oferecer a adesão à ata de registro de preços, pelos municípios interessados no momento da aquisição dos equipamentos para as UPAs.

Tabela 15 – Previsão e execução da seleção de propostas para Unidades de Pronto Atendimento – Brasil, 2011 a 2013

Meta PAC 2 - 2011 a 2014	Construção e Ampliação	500	1,00
Seleção 2011	Construção	103	0,19
Seleção 2012	Construção	120	0,21
	Ampliação	18	0,02
Seleção 2013	Construção	217	0,57
	Ampliação	37	0,04
Soma	Ampl./constr.	495	1,03

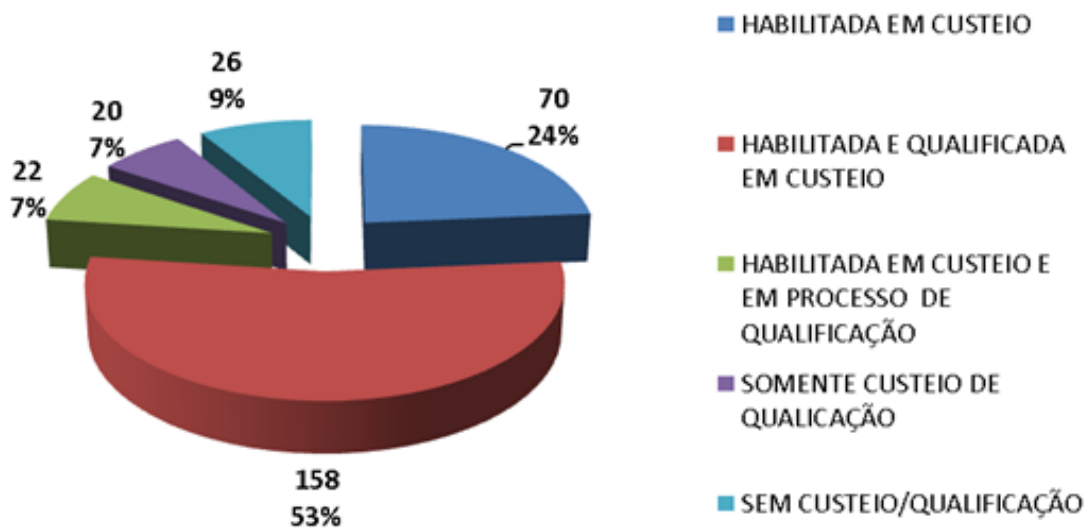
Fonte: Grupo Executivo do Plano de Aceleração do Crescimento (Gepac).

De janeiro a dezembro de 2012, o valor de repasse de incentivo de custeio e de qualificação para UPA foi de R\$ 764,0 milhões/ano, significando incremento de 578% em relação ao valor/ano repassado em 2010, quando foram transferidos R\$ 131,7 milhões para custeio dessas unidades.

De janeiro a dezembro de 2013, o valor de repasse de incentivo de custeio e de qualificação para UPA foi de R\$980,6 milhões/ano, significando incremento de R\$180,3 milhões em 2013 para custeio dessas unidades.

Apesar do incremento no incentivo de custeio em 2013, nem todas as UPAs em funcionamento recebem custeio federal, pois o processo de habilitação em custeio passa por apresentação de documentação exigida em portaria e de comprovações técnicas das condições do funcionamento da unidade.

**Gráfico 5 – Situação das UPAs em funcionamento quanto ao custeio federal.
Brasil, dezembro de 2013**



Fonte: Coordenação-Geral de Urgência e Emergência – MS/SAS/DAHU, 2014.

3.5.6 Atenção Domiciliar

O Programa *Melhor em Casa* foi lançado em 2011, visando à implantação da Política de Atenção Domiciliar no Brasil. No seu ato de lançamento, foi estipulada como meta a implantação de mil Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads) e 400 Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emaps) em todo o País, até 2014. Em dezembro de 2013 havia 294 Emads implantadas e 151 Emaps implantadas em 23 UFs e em 145 municípios.

Mais informações sobre o Componente “Atenção Domiciliar” foram apresentadas no bloco referente à Atenção Básica, sendo o DAB responsável pela gestão do componente, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (DAB/CGAD).

3.5.7 Componente Hospitalar

A) Qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, implementou as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências para todo o País. A Política considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS.

Apesar de toda a política em implantação, o Ministério da Saúde identificou ainda a necessidade de induzir mais fortemente a mudança e a melhoria do atendimento nas maiores e nas mais complexas emergências do País e instituiu o Programa S.O.S. Emergências.

Lançado no dia 8 de novembro de 2011 e oficializado por meio da Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, o Programa é uma ação estratégica do Ministério da Saúde com os estados, municípios e o Distrito Federal para a melhoria do atendimento da população. A finalidade do programa é intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta da assistência nas grandes emergências do País, além de estimular ou induzir a organização e a implantação da Rede de Urgência e Emergência e de assessorar tecnicamente a equipe do hospital para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de ferramentas e dispositivos de gestão.

Para a implementação do S.O.S. Emergências, os municípios escolhidos devem estar necessariamente em processo de construção do Plano de Ação Regional da RUE, que prevê outros componentes como o Samu, a UPA e o Melhor em Casa.

Aos hospitais que necessitassem de ampliação ou reforma para qualificar o atendimento às Urgências e Emergências, foi previsto um incentivo financeiro de R\$ 3 milhões. Além disso, definiram-se também valores financeiros de incentivo para custeio dessas portas, conforme a tipologia de cada hospital.

Até dezembro de 2013, foram contemplados 22 hospitais pelo S.O.S. Emergências.

Em relação aos investimentos, foram pactuadas nos PARs as readequações física e tecnológica das portas de entrada, incluindo os investimentos da S.O.S.

Por outro lado, a meta estipulada para custeio de qualificação dessas portas foi atingida em 2012. Em 2013, foram incorporados recursos aos limites de MAC de estados e municípios para custeio

de 236 portas de entrada hospitalares. A Tabela 16 mostra o quantitativo de portas financiadas, por ente estadual. Essa tabela inclui os 22 estabelecimentos do S.O.S. Emergências.

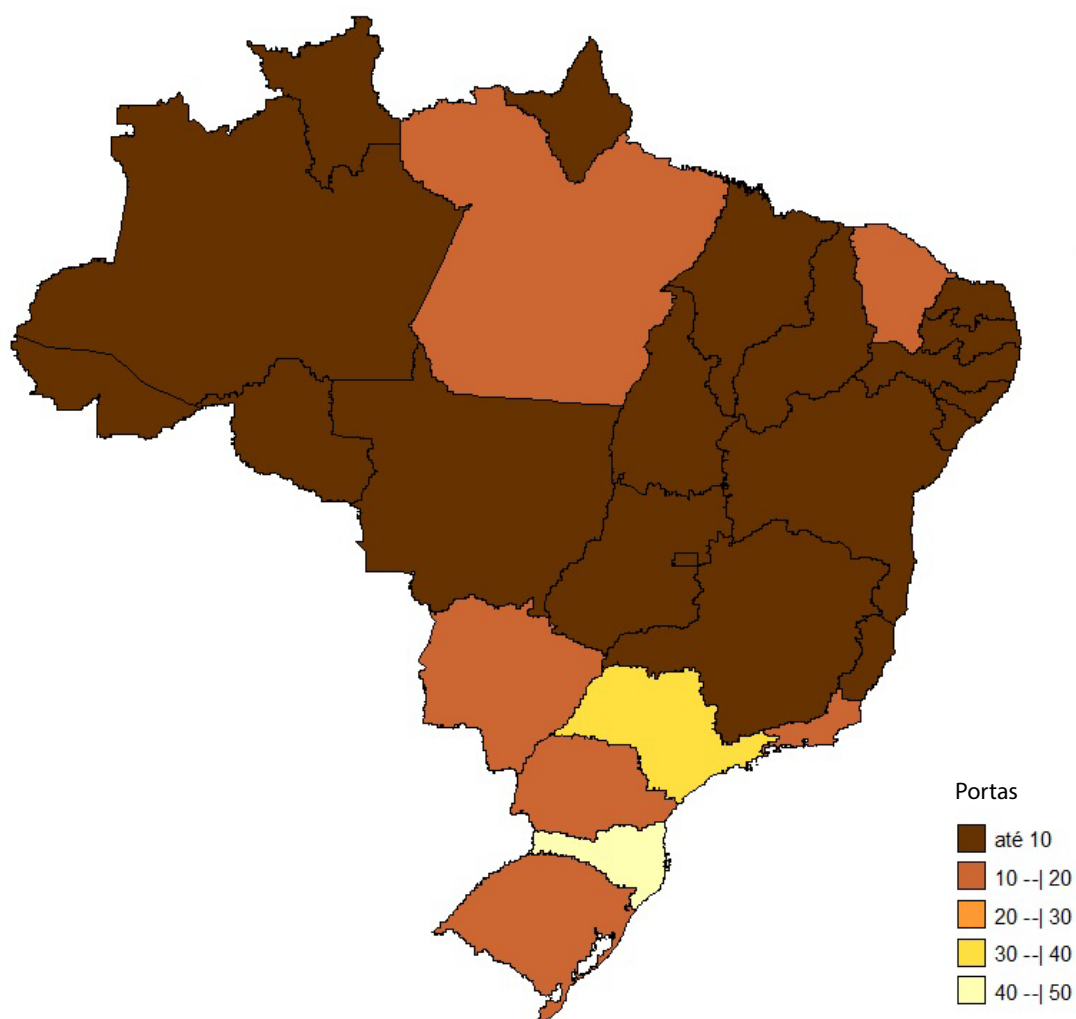
Tabela 16 – Quantidade de portas de entrada hospitalares qualificadas, por UF, em 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AP	2	2.400.000,00	AL	3	6.000.000,00
AM	8	15.600.000,00	PE	9	25.200.000,00
BA	6	18.000.000,00	PI	3	3.600.000,00
CE	11	25.200.000,00	PR	16	44.400.000,00
DF	1	3.600.000,00	RJ	11	21.600.000,00
GO	4	9.600.000,00	RN	4	7.200.000,00
MA	8	10.800.000,00	RR	2	6.000.000,00
MG	10	25.200.000,00	RS	12	31.200.000,00
ES	7	13.200.000,00	RO	3	6.000.000,00
MS	11	24.000.000,00	SC	50	138.000.000,00
MT	4	8.400.000,00	SE	9	15.600.000,00
PA	11	16.800.000,00	SP	32	81.600.000,00
TOTAL				237	559.200.000,00

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Na Figura 6, é possível visualizar a distribuição geográfica das portas de entrada hospitalares de urgência que receberam recursos para qualificação, por UF, em dezembro 2013.

Figura 6 – Distribuição geográfica das portas hospitalares de urgência que receberam recursos para qualificação



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

B) Leitos de Internação

A RUE adota a estratégia de estabelecer critérios para qualificar leitos de retaguarda de diferentes tipologias, com previsão de aporte financeiro diferenciado. As tipologias são as seguintes: leitos clínicos; leitos de UTI adulto e pediátrico; leitos de unidades de cuidados prolongados (UCPs); leitos de terapia intensiva em unidade coronariana (UCO) e leitos de cuidados ao paciente com AVC (UAVC).

É importante observar que tanto a abertura de leitos quanto a qualificação dos existentes devem obedecer aos parâmetros de necessidade pactuados.

B.1) Leitos Clínicos

Leitos clínicos novos

Em relação à abertura de novos leitos clínicos, das seguintes tipologias de leitos: cardiologia, clínica geral, dermatologia, geriatria, nefrologia, neurologia e pneumologia são elegíveis na qualificação no âmbito da RUE.

A partir dos PARs aprovados em 2011, 2012 e 2013, foi pactuada a abertura de 5.776 novos leitos clínicos adultos e pediátricos aprovados em PAR. No total, foram incorporados R\$ 498.106.375,00 aos tetos de MAC de estados e municípios nos dois anos de referência (Tabela 17).

Tabela 17 – Novos leitos clínicos financiados no âmbito da RUE, incluindo S.O.S. Emergências, por UF – Brasil, janeiro de 2011 a dezembro de 2013

UF	N	R\$	UF	N	R\$
AC	40	3.723.000,00	PE	288	26.805.600,00
AM	54	5.026.050,00	PI	55	5.119.125,00
BA	322	29.970.150,00	PR	114	10.610.550,00
AP	213	19.824.975,00	AL	41	3.816.075,00
CE	369	34.344.675,00	RJ	534	49.702.050,00
GO	95	8.842.125,00	RR	114	10.610.550,00
MG	317	29.504.775,00	RN	112	10.424.400,00
MA	42	3.909.150,00	RO	52	4.839.900,00
MS	34	3.164.550,00	RS	138	12.844.350,00
ES	174	16.195.050,00	SC	798	39.805.075,00
MT	135	12.565.125,00	SE	250	23.268.750,00
PA	525	48.864.375,00	SP	1.032	96.053.400,00
PB	147	13.682.025,00	TO	70	6.515.250,00
TOTAL			6.165	530.031.100,00	

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações e Serviços de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

Como pôde ser visto, embora os recursos tenham sido incorporados nos tetos e as portarias tivessem concedido prazo de até 30 dias para cadastramento dos novos leitos no CNES, esse aumento não foi verificado no sistema de informações oficial do MS (Tabela 18).

Tabela 18 – Comparação entre os novos leitos clínicos financiados pelo Ministério da Saúde e o cadastro desses leitos no CNES, Brasil, dezembro de 2013

UF	Novos leitos financiados RUE	Variação de leitos em relação a 2011	
		N	%
MG	447	444	99,33%
PE	401	104	25,94%
RS	370	172	46,49%
CE	338	83	24,56%
BA	327	107	32,72%
MT	135	34	25,19%
AM	54	19	35,19%
PI	0	30	
SP	280	-1	
MS	72	-15	
SE	0	-37	
PA	360	-48	
RN	142	-51	
PR	212	-55	
SC	61	-92	
RJ	483	-136	
Total	3.682	558	15,15%

Fonte: Assessoria Técnica do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – MS/SAS/DRAC/ASTEÇ.

De acordo com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), essa redução pode ter ocorrido tanto por redução real ou pelo ato de regularização de cadastro dos hospitais no CNES, em virtude das pactuações dos PARs para a RUE. Essas pactuações exigem que o referido sistema seja atualizado. Como não há a obrigatoriedade de manutenção do cadastro de leitos clínicos atualizado, é provável que existissem muitos leitos desativados nos hospitais, mas que ainda constassem como estando ativos, dentro do sistema.

Qualificação dos leitos clínicos

Em 2011, 2012 e 2013, foi pactuada nos PARs a qualificação de 3.085 leitos clínicos adultos e pediátricos, incluindo os estabelecimentos do programa S.O.S. Desta forma, foram incorporados R\$ 185.157.200,00 aos limites de MAC estaduais e municipais. A Tabela 19 apresenta a distribuição dos recursos incorporados por UF, até dezembro de 2013.

Tabela 19 – Distribuição dos recursos de MAC incorporados nos tetos para qualificação de leitos clínicos, por UF, em dezembro de 2013

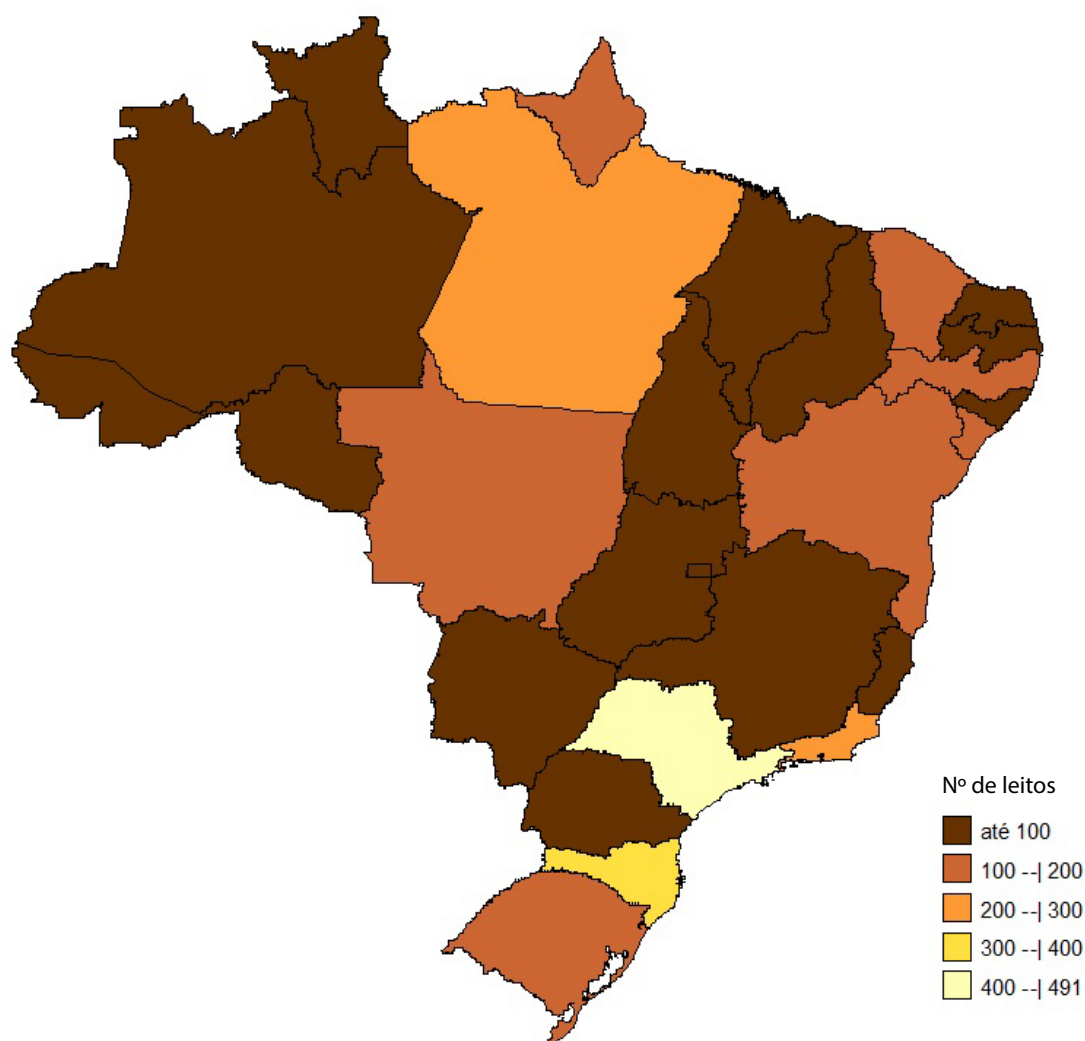
UF	N	R\$	UF	N	R\$
AM	27	1.675.350,00	PI	28	1.737.400,00
BA	138	8.562.900,00	PR	99	6.142.950,00
CE	198	12.285.900,00	RJ	207	12.844.350,00
AL	54	3.350.700,00	AP	22	7.570.100,00
MG	93	5.770.650,00	RN	52	3.226.600,00
ES	80	4.964.000,00	MA	85	5.274.250,00
MS	30	1.861.500,00	RS	151	9.369.550,00
GO	75	4.653.750	RO	26	1.613.300,00
MT	132	8.190.600,00	SC	392	24.323.600,00
RR	57	3.536.850,00	SE	101	6.267.050,00
PA	268	16.629.400,00	SP	491	24.199.500,00
PE	179	11.106.950,00			
TOTAL				3.203	198.746.150,00

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações e Serviços de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

De acordo com os dados da tabela anterior, verifica-se que as UFs com mais recursos incorporados para a qualificação dos leitos foram São Paulo (491 leitos, ou 13,06% do total) e Santa Catarina (392 leitos, ou 13,13% do total).

Na Figura 7, é possível visualizar a distribuição geográfica das UFs que receberam recursos para qualificação dos leitos clínicos, no âmbito da RUE.

Figura 7 – Distribuição dos leitos clínicos a serem qualificados, por UF, com financiamento já realizado (2010-2013)



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações e Serviços de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

B.2) Leitos de UTI adultos e pediátricos

Evolução do quantitativo de leitos de UTI

No período entre dezembro de 2010 e dezembro de 2013, nas unidades da Federação com PARs **já publicados, foi aprovado o total de 3.527** novos leitos de UTI no Brasil (adultos e pediátricos).

Qualificação dos leitos de UTI adulto

Nos anos de 2011 a 2013, foram incorporados **R\$ 278.287.940,61** aos limites de MAC estaduais e municipais, **para a qualificação de 2.669 leitos de UTI adulto**, o que representa 17,32% do total de leitos desse tipo existentes no Brasil.

Esses quantitativos são decorrentes da aprovação das qualificações dos leitos, tanto nos PARs quanto nos planos dos hospitais integrantes do Programa S.O.S. Emergências. De todos os estados com etapas de implantação da RUE já aprovadas pelo MS, apenas o Rio de Janeiro não foi contemplado com recursos para qualificação dos leitos de UTI adulto. Por outro lado, o Estado de Minas Gerais foi o que teve mais recursos incorporados aos tetos de MAC para financiamento da qualificação dos leitos de UTI adulto (324 leitos, ou 16,81% do total de qualificações previstas).

Qualificação dos leitos de UTI pediátrica

Entre 2011 e 2013, foram incorporados **R\$ 60.937.702,65** aos limites de MAC estaduais e municipais, para a qualificação de **588** leitos de UTI pediátrica.

Esses quantitativos são decorrentes da aprovação das qualificações dos leitos, tanto nos PARs quanto nos planos dos hospitais integrantes do Programa S.O.S. Emergências.

De todos os estados com etapas de implantação das RUES já aprovadas pelo MS, apenas Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo não foram contemplados com recursos para qualificação dos leitos de UTI pediátrica. Por outro lado, o Estado do Paraná foi o que teve mais recursos incorporados aos tetos de MAC para financiamento da qualificação desses leitos (59 leitos, ou 18,79% do total de qualificações previstas).

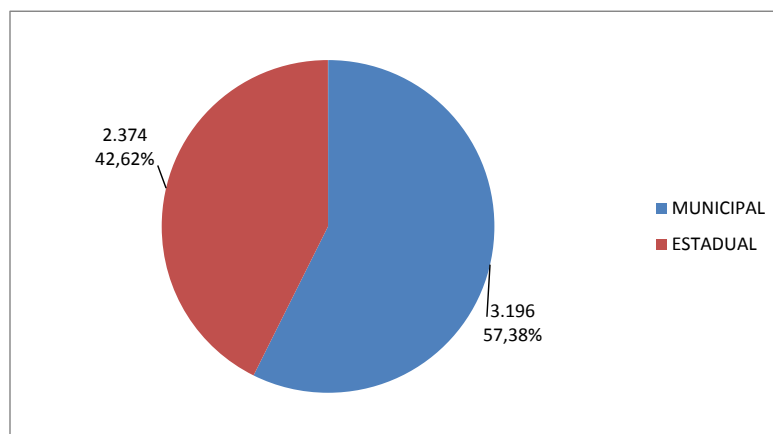


4 Alguns Aspectos do Financiamento e Gestão de Recursos das Redes de Atenção à Saúde

4.1 Descentralização da Gestão de Recursos para Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC)

Sete anos após a publicação do Pacto pela Saúde (2006), grande parcela dos municípios ainda não realiza a gestão dos recursos para financiamento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). De acordo com informações do Sistema de Controle dos Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade (Sismac), no fim de dezembro de 2013, havia 2.374 municípios cuja gestão de MAC era realizada pelos respectivos estados, o que representa 42,62% do total de municípios brasileiros, conforme visualizado no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Quantidade e porcentagem de municípios conforme o tipo de gestão dos recursos para financiamento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). Brasil, 2013



Fonte: Sistema de Controle dos Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade (Sismac) - MS/SAS/DRAC/CGPAS, dezembro de 2013.

Na Rede Cegonha, no que diz respeito à gestão dos recursos incorporados aos limites de MAC, é possível notar dois movimentos distintos em relação à descentralização dos recursos. No componente pré-natal, em que pese ser um componente cujas ações sejam desenvolvidas, em sua maioria, no âmbito da Atenção Básica, até o fim de 2013, 25,57% dos valores destinados a esse componente haviam sido repassados às gestões estaduais.

Tabela 20 – Recursos repassados para financiamento do componente pré-natal da Rede Cegonha, por tipo de gestão do limite financeiro de MAC. Brasil, 2012-2013

GESTÃO DO MAC	2012		2013		TOTAL	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
ESTADUAL	31.624.253,46	28,25%	12.599.876,29	20,65%	44.224.129,75	25,57%
MUNICIPAL	80.331.191,10	71,75%	48.425.374,46	79,35%	128.756.565,56	74,43%
TOTAL	111.955.444,56	100,00%	1.025.250,75	100,00%	172.980.695,31	100,00%

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS

Já no que concerne ao componente parto e nascimento, a centralização dos recursos na gestão estadual é superior, alcançando 34,72% do montante incorporado nos limites financeiro de MAC de estados e municípios (Tabela 21).

Tabela 21 – Recursos incorporados aos limites de MAC para financiamento do componente parto e nascimento da Rede Cegonha, por tipo de gestão Brasil, 2011-2013

GESTÃO	VALOR	PERCENTUAL
MUNICIPAL	430.896.515,55	65,28%
ESTADUAL	229.204.750,01	34,72%
TOTAL	660.101.265,56	100,00%

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS

Na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a situação é parecida. De 1,5 bilhão de reais incorporados nos limites de MAC estaduais e municipais para financiamento das ações do componente hospitalar, 41% foram alocados nos tetos dos estados (Tabela 22), o que também sinaliza o baixo grau de descentralização dos recursos, coerente com a proporção de municípios que ainda não realizam a gestão dos próprios recursos de MAC.

Tabela 22 – Recursos incorporados aos limites de MAC para financiamento das ações do componente hospitalar da RUE, por tipo de gestão

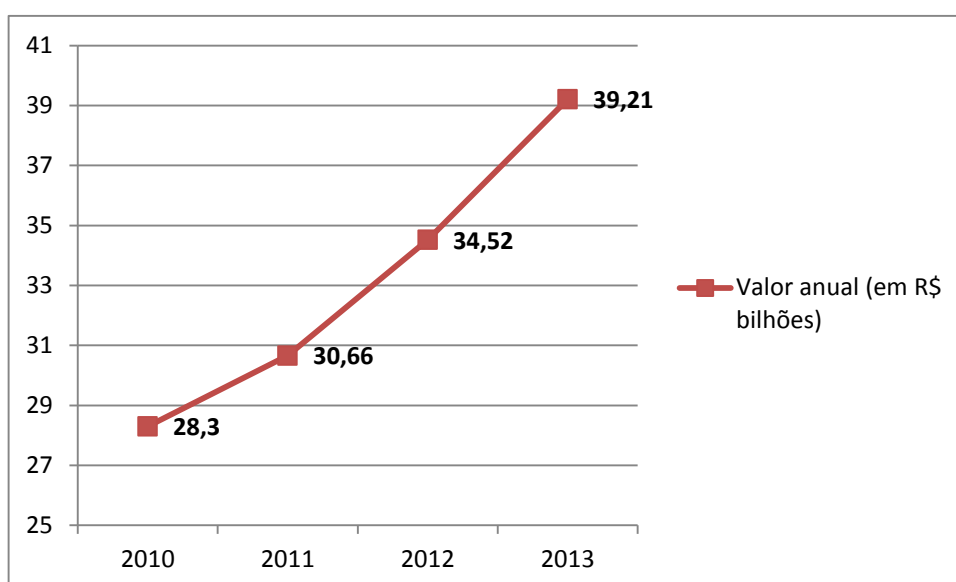
Gestão	VALOR	PERCENTUAL
MUNICIPAL	910.094.169,70	59%
ESTADUAL	625.538.484,10	41%
TOTAL	1.535.632.654,00	100%

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – MS/SAS/DRAC/CGPAS.

4.2 Evolução do Financiamento das Ações Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade (MAC)

Desde o ano de 2010, o montante de recursos de MAC repassado aos estados e municípios aumentou 38,55%, passando de R\$ 28,3 bilhões, em 2010, para R\$ 39,21 bilhões, em 2013, conforme destacado no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Evolução do valor repassado a estados e municípios para financiamento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), Brasil, 2010-2013



Fonte: Coordenação-Geral de Controle de Serviços e Sistemas – MS/SAS/DRAC/CGCSS

No que diz respeito à relação entre a organização das RAS e o financiamento das ações de Saúde com recursos de MAC, já é possível notar considerável participação daquela no total de verba incorporada nos limites estaduais e municipais, conforme demonstrado na Tabela 23.

Enquanto os recursos para financiamento das redes havia respondido, em 2011, por 15,32% do total de recursos de MAC, em 2013 essa proporção foi ampliada para 50,79%.

Tabela 23 – Evolução dos recursos de MAC e participação da organização de redes no financiamento das ações de Saúde de média e alta complexidade. Brasil, 2010-2013

Exercício	Valor anual (em R\$)	Crescimento (em R\$)	Crescimento	Recursos de Redes (Cegonha e Urgência) (em R\$)	% Recursos de Redes
2010	28.363.644.815,03	-	-	-	
2011	30.666.318.170,33	2.302.673.355,29	8,12%	352.869.356,64	15,32%
2012	34.523.898.863,91	3.857.580.693,58	12,58%	1.569.950.939,51	40,70%
2013	39.214.184.163,34	4.690.285.299,43	13,59%	2.382.190.302,15	50,79%

Fonte: Coordenação-Geral de Controle de Serviços e Sistemas – MS/SAS/DRAC/CGCSS

4.3 Investimentos

4.3.1 Investimentos Aprovados para as Redes de Atenção à Saúde

A Secretaria de Atenção à Saúde aprova anualmente volume considerável de recursos para obras (construção, reforma, ampliação) e aquisição de equipamentos. Esses investimentos destinam-se à expansão e à consolidação da infraestrutura do SUS.

Ou seja, são recursos para construção ou melhoria das condições de hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, Centros Especializados em Reabilitação, maternidades, hemocentros, urgências e emergências, e diversos outros.

Além disso, são contabilizados os recursos destinados às capacitações e às cooperações técnicas com universidades e instituições.

**Tabela 24 – Investimentos aprovados com recurso de programação
(não inclui UPA 24h, UBS, Academia)**

Ano	Nº de Propostas Aprovadas	Valor Aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
2011	534	1.331.985.055,04	862.108.624,77	398.283.366,55
2012	727	1.026.461.305,75	822.812.367,41	261.812.501,52
2013	749	1.206.959.150,29	576.739.876,54	-
TOTAL	2010	3.565.405.511,08	2.261.660.868,72	660.095.868,07

Fonte: Assessoria Técnica Gabinete SAS, 2013 – consulta BGSICONV e SISPROFAF/FNS – 10/01/2014.

Tabela 25 – Investimentos aprovados com recurso de emendas parlamentares

Ano	Valor Aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
2011	547.294.792,46	587.965.285,44	188.786.239,36
2012	877.015.842,36	966.490.471,81	103.849.720,75
2013	1.328.420.962,64	1.328.420.962,64	-
Total Geral	2.752.731.597,46	2.882.876.719,89	292.635.960,11

Fonte: Assessoria Técnica Gabinete SAS, 2013 – consulta BGSICONV e SISPROFAF/FNS – 10/01/2014.

A execução orçamentária e financeira dos investimentos reflete, em grande parte, o nível de execução das obras e da aquisição de equipamentos. Constata-se, portanto, que é um desafio a melhoria na execução dos recursos aprovados pelo Ministério da Saúde.

Em 2011, o MS fortaleceu parceria com a Caixa e 225 contratos de repasse que fazem parte das Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, sendo elas: Viver sem Limite, Rede Cegonha, Câncer e *Crack*, é possível vencer, S.O.S. Emergência. Os contratos são monitorados em reuniões periódicas que envolvem proponente, MS e CEF. Entre as principais obras monitoradas estão a construção de 26 Centros Especializados em Reabilitação, 10 Maternidades, além de 15 reformas em Hospitais Portas de Entrada de Urgência.

No ano de 2013, o Ministério expandiu o financiamento de obras mediante a transferência Fundo a Fundo. O objetivo é o de otimização do processo de liberação dos recursos. Estados e municípios contemplados têm de monitorar periodicamente a situação das obras no Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob), demonstrando a sua devida execução.

Tabela 26 – Investimentos aprovados no Sismob – 2013 – REDES

Rede	Componente	Quantidade Propostas	Valor Portaria
Crack, é possível vencer	Caps	111	111.000.000,00
	UA	126	63.000.000,00
Rede Cegonha	Ambiência	24	5.014.835,00
	CGBP	30	11.879.220,00
	CPN	45	19.771.080,00
	Neonatal	12	3.347.700,00
Viver sem Limite	Oficina Ortopédica	30	7.499.999,84
	CER	71	205.769.290,62
Total Geral		449	427.282.125,46

Fonte: Assessoria Técnica Gabinete SAS, 2013 – consulta SISPROFAF/FNS – 10/01/2014.

A Secretaria de Atenção à Saúde tem atuado para qualificar os investimentos, inserindo-os cada vez mais como um dos eixos estruturantes na organização das Redes de Atenção à Saúde. O esforço é para reduzir investimentos isolados e não sustentados com vistas à consolidação de uma carteira de investimentos integrada com o diagnóstico de necessidades efetivado para a pactuação das redes e dos programas prioritários do MS.

Tabela 27 – Investimentos 2011-2013

Ano	REDE	Nº de Propostas Aprovadas	Valor aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
2011	Atenção Básica	63	74.346.231,24	73.762.407,75	32.273.434,49
	Política de Atenção à Política da Criança	9	9.342.048,57	9.342.048,57	9.342.048,57
	Política de Atenção à Saúde da Mulher	7	9.649.516,29	9.586.583,03	9.249.516,29
	Política de Atenção à Saúde da Pessoa com restrição de liberdade	3	1.552.315,00	1.552.315,00	1.552.315,00
	Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	13	2.945.347,71	2.945.347,71	2.809.187,71
	Política de Atenção à Saúde do Adolescente	6	4.979.211,00	4.768.387,26	4.755.211,00
	Política de Atenção à Saúde Mental	8	3.315.847,20	2.690.725,14	2.247.050,14

continua

continuação

Ano	REDE	Nº de Propostas Aprovadas	Valor aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem	2	1.849.955,86	1.849.955,86	1.849.955,86
	Política Nacional de Humanização	4	13.280.843,84	13.280.843,84	13.280.843,84
	Rede Câncer do Colo de Útero e Mama	34	91.948.083,98	86.204.000,44	45.854.516,78
	Rede Cegonha	93	238.534.558,23	147.086.598,25	43.759.143,60
	Rede de Atenção às Urgências	13	19.478.948,00	13.124.784,00	1.661.505,00
	Rede Hospitalar	173	659.847.738,86	337.913.631,57	137.029.007,49
	Rede Viver sem Limite	4	20.870.577,89	20.070.577,89	304.320,00
	Regulação – DRAC	2	9.942.582,00	9.942.582,00	9.942.582,00
	Sangue	88	134.466.863,71	98.358.351,20	64.393.213,12
	SOS Emergências	11	27.234.385,66	21.229.485,26	9.579.515,66
	Transplante	1	8.400.000,00	8.400.000,00	8.400.000,00
2011 Total		534	1.331.985.055,04	862.108.624,77	398.283.366,55
2012	Atenção Básica	41	216.923.484,88	167.436.282,31	120.291.178,73
	<i>Crack, é Possível Vencer</i>	2	1.840.000,00	1.840.000,00	-
	Não informado	1		55.500,00	-
	Política de Atenção à Política da Criança	9	12.706.233,03	12.254.540,03	8.854.540,03
	Política de Atenção à Saúde da Mulher	4	17.739.046,19	16.223.015,19	14.252.496,31
	Política de Atenção à Saúde da Pessoa com restrição de liberdade	2	1.200.000,00	1.200.000,00	960.000,00
	Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	12	6.270.619,54	6.270.619,54	5.410.539,54
	Política de Atenção à Saúde Mental	22	8.161.206,12	8.453.222,77	1.981.958,72
	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem	3	2.591.238,40	2.591.238,40	1.291.238,40
	Política Nacional de Humanização	1	2.999.450,00	2.999.450,00	2.999.450,00
	Rede Câncer do Cóló de Útero e Mama	55	106.346.080,90	47.395.553,65	18.225.226,48
	Rede Cegonha	155	76.316.978,53	76.446.511,75	3.651.402,40
	Rede de Atenção às Urgências	104	169.207.790,01	148.335.498,34	7.074.109,00

continua

conclusão

Ano	REDE	Nº de Propostas Aprovadas	Valor aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
	Rede Hospitalar	75	150.479.934,94	127.316.590,56	17.369.055,52
	Rede Viver sem Limite	90	87.844.436,86	43.641.336,86	6.485.200,00
	Sangue	91	80.910.903,78	76.806.158,52	41.758.924,01
	SOS Emergências	28	45.220.836,00	43.457.586,14	-
	Transplante	32	39.703.066,57	40.089.263,35	11.207.182,38
2012 Total		727	1.026.461.305,75	822.812.367,41	261.812.501,52
2013	Adolescente e Jovem	8	1.749.170,89	1.656.270,29	
	Atenção Básica	49	35.140.819,60	28.190.950,12	
	Atenção Básica/SGTES	13	22.326.201,56	10.875.131,22	
	Oncologia	12	29.038.065,55	22.866.758,99	
	Penitenciária	2	728.984,17	659.990,17	
	Pessoa com Deficiência	34	25.783.865,44	15.262.036,86	
	Pessoa Idosa	10	6.658.163,50	3.925.074,00	
	Política Nacional de Humanização	1	1.000.000,00	1.000.000,00	
	Rede Cegonha	91	85.384.203,51	15.255.849,88	
	Rede Hospitalar	364	708.748.803,00	281.683.502,15	
	Sangue	73	105.181.099,93	65.848.462,32	
	Saúde da Criança	9	18.755.169,06	7.931.174,00	
	Saúde da Mulher	6	12.817.083,11	12.217.153,91	
	Saúde Homem	2	2.956.226,70	1.919.178,35	
	Saúde Mental	24	38.742.244,43	14.733.349,26	
	SOS Emergência	26	68.881.340,77	62.996.324,80	
	Transplante	25	43.067.709,07	29.718.670,22	
2013 Total		749	1.206.959.150,29	576.739.876,54	-

Fonte: Assessoria Técnica Gabinete SAS, 2013 – consulta SISPROFAF/FNS – 10/01/2014.



Em 2014, a Secretaria de Atenção à Saúde implementará gradualmente o **Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips)**. O sistema objetivará informatizar as solicitações de estados e municípios, via respectivos Fundos, para recebimento de incentivos para implantação e custeio de unidades e serviços de saúde, bem como credenciamento de equipes e serviços.

Acessando o sistema os gestores poderão visualizar em tempo real as suas solicitações, situação de análise e aprovação no Ministério da Saúde. Também será possível verificar se houve o pagamento da parcela ou incorporação do recurso ao teto da média e alta complexidade.

Inicialmente serão transferidas para o sistema as solicitações de custeio de Academias de Saúde, UPA 24h, Samu 192, incentivo e custeio para implantação de equipes de saúde prisional, custeio de leito GAR, IAC. Os gestores serão informados à medida que as solicitações não sejam mais recebidas via papel no Ministério da Saúde; e somente apenas via cadastro no Saips.



5 Desafios e Perspectivas Comuns a Todas as Redes Temáticas de Atenção à Saúde

Apesar da clara direcionalidade e decisão gestora tripartite na implementação das RAS no território nacional, muitos são os desafios que se colocam para que as RAS, de fato, consigam produzir resultados para a população brasileira.

5.1 Desafios quanto à Implementação

A seguir, são destacados alguns destes desafios para a efetiva implementação das RAS:

- Criação de cultura e de práticas de trabalho em rede.
- Utilização do planejamento territorial para a construção das RAS (demora na elaboração dos planos de ação regionais).
- Financiamento ainda insuficiente para a dimensão das necessidades do sistema e inadequado (pagamento por tabela e procedimentos).
- Capacidade gestora ainda insuficiente para o monitoramento de todos os processos.
- Pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais.
- Pactuação competitiva, pouco solidária e com descumprimento do acordado (falta de repasse dos fundos municipais e estaduais para os prestadores de serviço).
- Implantação de regulação efetiva – processo ainda frágil e burocrático, com pouca decisão gestora de exercê-la.
- Contratualização formal em pequeno número dos estabelecimentos das redes e ausência como regra de metas de qualidade e segurança do paciente.
- Formação, capacitação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores.
- Qualificação do cuidado em todos os níveis sem efetivos planos de intervenção, como nos moldes do exercido nos hospitais do S.O.S. Emergências.
- Monitoramento e avaliação dos resultados – aprimoramento dos sistemas de informação.
- Grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão.

5.2 Perspectivas quanto à Implementação

Apesar do grande número de desafios, eles podem ser vistos também como oportunidades que se colocam para sua superação, transformando-se em perspectivas, como as que são listadas a seguir:

- Elaborar planos de ação regionais mais “vivos” e que impactem efetivamente na melhoria da atenção à saúde e que não visem apenas o aumento do financiamento.
- Fortalecer a Atenção Básica como coordenadora e ordenadora do cuidado.
- Estimular o protagonismo dos grupos condutores e dotá-los de apoio político.
- Garantir a capilarização das ações das redes nos territórios como um todo.
- Apoiar a implementação da educação permanente em Saúde de forma sistêmica.
- Fortalecer o apoio institucional como ferramenta para potencializar as redes no MS, estados e municípios.
- Repasse regular dos recursos pelos estados e municípios aos prestadores de serviços e aos municípios que não gerem o MAC.
- Revisão da definição dos recursos imediatos dos planos de ação.
- Definir regimento para continuidade de repasse dos recursos compatível com o cumprimento dos compromissos.
- Fortalecer os mecanismos de governança – colegiados regionais, estaduais, conselhos de Saúde, participação da sociedade – e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).
- Construir o processo de pactuação menos competitivo e mais solidário e complementar – papel dos gestores e sua atuação plena e articulada; cumprimento do pactuado.
- Qualificar o cuidado em todos os níveis.
- Desenvolver ações para melhorar a execução dos projetos de investimento.
- Apoiar o monitoramento e a avaliação de resultados – aprimoramento dos sistemas de informação, com ênfase à implantação do e-Sus Atenção Básica que permitirá o fluxo de informação clínica entre os pontos de atenção das RAS.
- Efetivar uma proposta de monitoramento e avaliação tripartite das redes.
- O enfrentamento firme dos desafios e a implementação efetiva das perspectivas que estão elencadas poderão, sem sombra de dúvidas, porque também embasados nas evidências internacionais, colocar a organização do Sistema Único de Saúde em outro patamar, atingindo a integralidade da atenção à saúde que todos almejamos e buscamos construir.



Parte 2





6 Outras Estratégias e Ações de Gestão da SAS

6.1 Ações Estratégicas

6.1.1 Atenção Básica

Além das ações já descritas, a Atenção Básica também coordena várias outras ações estratégicas, destacando-se:

6.1.1.1 Brasil Carinhoso

Em 2012, com o lançamento da Ação Brasil Carinhoso, o Ministério da Saúde distribuiu mais de 10 milhões de doses de vitamina A para 3.034 municípios brasileiros do Plano Brasil Sem Miséria. O objetivo do programa é prevenir a deficiência de vitamina A e a ocorrência de mortes por diarreia e outras doenças infecciosas em 4,9 milhões de crianças entre 6 meses e 5 anos de idade. Para prevenção da anemia, também foram distribuídos 3,4 milhões de suplementos de ferro para o atendimento de aproximadamente 1,1 milhão de crianças entre 6 meses e 2 anos de idade atendidas na Atenção Básica do SUS. A prevenção da anemia contribui para o pleno desenvolvimento infantil.

Em 2013, avançamos ainda mais.

O sistema de gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A disponível para todos os municípios.

- Terá um campo específico no e-SUS para monitoramento da administração da vitamina A na ficha de procedimentos.
- Foram qualificados os instrumentos do Pmaq para avaliação do Programa de Vitamina A (Avaliação Externa).
- Realizada a distribuição dos suplementos de vitamina A de 2013 – todos os estados e DSEIs abastecidos.
- Realizadas oficinas de formação dos profissionais quanto à implementação do programa em todos os estados brasileiros (Rondônia cancelou a oficina).

- Manual do Programa está disponível na página do Departamento de Atenção Básica <www.saude.gov.br/dab>. Até o presente momento, o manual foi encaminhado para 11 estados (AC, AP, AM, ES, GO, MT, MS, PA, RR, DF e TO).

Elaborado Termo de Referência para aquisição de mais 13,4 milhões de cápsulas de vitamina A para abastecimento dos estados até o segundo semestre de 2014. Quantidade suficiente para suplementar 8 milhões de crianças menores de 5 anos. Investimento de R\$ 3.006.960,00.

Em relação aos municípios do Brasil Sem Miséria, até o momento, houve aumento de:

- 713 novas equipes de Saúde da Família;
- 419 novas equipes de Saúde Bucal;
- 3.271 novos agentes comunitários de saúde; e
- 179 novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs).

6.1.1.2 Programa Saúde na Escola

Em 2013, o PSE universalizou suas ações e teve os seguintes alcances:

- 4.861 municípios aderidos;
- 30.045 equipes de Atenção Básica;
- 80.386 escolas; e
- 18.713.940 de educandos.

6.1.1.3 Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) garante acesso a práticas não convencionais, como: Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura. Essas práticas já eram realizadas no SUS, mas de forma tímida. Desde 2011, a política vem ganhando força e já produz impacto positivo na vida das pessoas.

6.1.1.4 Academias da Saúde

Atualmente, são 3.710 polos habilitados. Há ainda 155 polos similares, reconhecidos pelo MS.

- Investimento para construção: total de R\$ 79.640.000,00, dos quais R\$ 199.100.000,00 já foram pagos.
- Investimento de custeio: R\$ 8.538.000,00.

Os dados são de 2011 a 2013.

6.1.1.5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) é uma estratégia que oferece apoio especializado às Unidades Básicas de Saúde, por meio de equipes multiprofissionais, na perspectiva de aumentar a capacidade de resolução dos problemas, possibilitando a melhoria na atenção à população.

Em 2013, os Nasfs foram universalizados para todos os municípios, com a criação da modalidade III.

Ao final de 2013, estão implantados 2.623 Nasfs. 1.798 da Modalidade I; 539 da Modalidade II e 286 da Modalidade III.

6.1.1.6 Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

Em 2011, instituiu-se o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo principal objetivo foi prover infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica.

O Programa já contemplou 3.835 municípios, com 10.042 construções; 3.182 municípios, com 8.482 ampliações e 2.882 municípios, com 8.334 reformas habilitadas.

Destaca-se, também, a meta de financiamento de 64 propostas de UBS fluviais.

6.1.1.7 Telessaúde – Redes

Atualmente, são 47 núcleos financiados pelo MS. Para 2014, está prevista a publicação da **Portaria de Custeio dos Núcleos, a implantação nas Regiões Quali-SUS**, além de ações de **Integração Telessaúde, Regulação e Atenção Especializada**: Atenção Básica Resolutiva, Telediagnóstico e Protocolos de Encaminhamento.

6.1.1.8 Saúde Bucal

Em 2013, o número de equipes de Saúde Bucal (ESB) foi ampliado para 23.902 equipes, operando em 4.962 municípios, dos quais 1.650 recebem recurso para produzir próteses dentárias. Destes, 299 foram credenciados em 2013.

Além das iniciativas em saúde bucal empreendidas no campo da Atenção Básica, registra-se, em 2013, a doação de 1.675 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas equipes, principalmente para municípios com maior concentração de populações vivendo em extrema pobreza.

A perspectiva para 2014 é de implantação de mil novas equipes de Saúde Bucal.

No âmbito da Saúde Bucal especializada, observou-se a intensificação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), tendo sido implantados 55 deles, perfazendo um total de 999 unidades. Nesta área, destacam-se ainda a produção de aproximadamente 370 mil próteses dentárias (out/2013), um acréscimo de 11%, se comparado ao mesmo período de 2012.

6.1.2 Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa: Garantia do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento saudável foi assumida como propósito basilar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil, focando no desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida. Destaca-se, também, a importância do investimento nos processos informativos e educativos continuados tanto para os profissionais do SUS e de outros setores quanto para a sociedade, estimulando comportamentos saudáveis. Em 2013, destaca-se o desenvolvimento de estratégias para a construção de diretrizes nacionais que possibilitem aperfeiçoar o modelo de atenção à saúde da pessoa idosa no SUS, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, de forma que este seja ofertado a partir das necessidades da pessoa idosa, levando-se em consideração a sua capacidade funcional.

Outra importante iniciativa, que conta com o apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde, é o Estudo Longitudinal das Condições de Saúde e Bem-Estar da População Idosa Brasileira (Projeto Elsi – Brasil), que trata das condições de vida e de saúde das populações idosas. O Brasil será o primeiro país sul-americano a participar do consórcio com o Projeto Elsi – Brasil, representando a inclusão do citado continente nesse esforço global.

Em 2013, deu-se continuidade ao desenvolvimento do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas da Pessoa Idosa (Sisap-Idoso), com o objetivo de oferecer informações que auxiliem o planejamento de ações e decisões voltadas à população idosa, além de ser instrumento de monitoramento de metas e diretrizes pactuadas pelas políticas.

Para 2014, as previsões são de fortalecimento dessa política, com a intensificação e ampliação de ações que qualifiquem a atenção ofertada no SUS, como, por exemplo, a revisão da caderneta de saúde da pessoa idosa e do CAB 19, associados a ações de formação que possibilitem a inclusão das especificidades das pessoas idosas nas agendas de áreas e programas estratégicos, ampliando o acesso ao cuidado deste grupo populacional.

6.1.3 Saúde do Homem

Em 2013, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem expandiu a execução de suas ações e estratégias voltadas para a implantação, a implementação, o fortalecimento e o aperfeiçoamento de iniciativas prioritárias destinadas a este segmento populacional, os projetos apresentados por estados, o DF e municípios e selecionados por intermédio da Portaria nº 2.773, de 19 de novembro de 2013.

O foco refere-se a homens na faixa etária de 20 a 59 anos e dispõe principalmente sobre os temas: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes; doenças prevalentes e prevenção de álcool e outras drogas.

A perspectiva para 2014 é: (a) monitorar as ações executadas pelos estados e municípios; (b) realizar capacitações e campanhas de promoção da saúde e distribuir o CAB da Saúde do Homem, entre outros materiais educativos, para gestores, trabalhadores da Saúde e usuários; e (c) incentivar a adesão de novos municípios, dando continuidade às ações desenvolvidas e ao projeto de universalização da política no âmbito da Rede SUS.

6.1.4 Controle da Dengue

A Secretaria de Atenção à Saúde, no ano de 2012, implantou o Núcleo Técnico Assessor para intensificar a integração das atividades com a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue. O principal objetivo dessa ação articulada é apoiar as secretarias estaduais e municipais de Saúde na redução do número de óbitos por dengue. Diferentes estratégias foram elaboradas para alcançar esse objetivo, entre elas: revisão e atualização do protocolo clínico, distribuição de 450.000 exemplares do fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente, assessoria técnica às secretarias estaduais e das capitais para revisão dos planos de contingência, desenvolvimento de metodologia de capacitação simplificada em serviço, elaboração de curso on-line para atualização de profissionais no manejo clínico e revisão do manual de organização da rede assistencial. O conjunto destas ações contribuiu para redução do número de óbitos por dengue no ano de 2012, em 49%, quando comparado com o mesmo período do ano anterior.

6.1.5 Transplantes

O Brasil conduz um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo e o acesso a todas as etapas do processo – desde os exames pré-transplantes até o fornecimento da medicação imunossupressora – é garantido a todos os brasileiros por meio do SUS. Outro exemplo do êxito do sistema é o crescimento do Redome e o consequente incremento na identificação de doadores de medula óssea. Em dezembro de 2013, o Redome contava com 3.247.204 doadores cadastrados, o que faz do registro brasileiro o terceiro maior registro mundial de doadores voluntários de medula óssea. Hoje, cerca de 77% dos doadores são identificados dentro do Brasil.

Os investimentos do Ministério da Saúde na área de transplantes também têm aumentado a cada ano. Até outubro de 2013 já foi investido 1,5 bilhão de reais para a manutenção e crescimento da rede. Em abril de 2012, o Ministério da Saúde possibilitou o aumento de até 60% no repasse de recursos para ampliação do número de transplantes no SUS. Em dezembro de

2013, o MS viabilizou também a destinação de recursos para qualificação das centrais de transplantes nas 27 UFs.

Entre maio e setembro de 2012, foram lançadas duas importantes portarias do Ministério da Saúde: uma estabelecendo a estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea; e outra criando a política de “interiorização” dos transplantes, por meio da criação da atividade de tutoria.

No primeiro semestre de 2013, foi atingida a marca de 4.186 notificações de morte encefálica. A meta estipulada para 2013, de 13 doadores por milhão de população, já foi alcançada em 2012 e superada no primeiro semestre de 2013 com a marca de 13,5 doadores por milhão da população (pmp).

Em dezembro de 2013, foi realizado o I Congresso do Sistema Brasileiro de Transplantes. Certamente, o evento mais representativo desse segmento já realizado no Brasil, reuniu mais de 900 participantes do Brasil e do mundo para discutir os processos de doação e de transplante.

6.1.6 Projeto Olhar Brasil

É de amplo conhecimento o alto índice de problemas oftalmológicos que afetam a população brasileira, em especial, aqueles ligados a erros de refração. Sabe-se que tais erros contribuem para a evasão escolar e a dificuldade de aprendizagem, bem como por grandes limitações na qualidade de vida.

Buscando dar respostas a esses problemas e, reconhecendo as dificuldades de acesso da população brasileira em idade escolar e em alfabetização não só à consulta oftalmológica, mas também à aquisição dos óculos, os ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Projeto Olhar Brasil, por meio da Portaria Interministerial nº 15, de 24 de abril de 2007.

Em 30 de outubro de 2012, os ministérios da Saúde e da Educação redefiniram as estratégias ao Projeto Olhar Brasil por meio da Portaria MS/MEC nº 2.299, de 3 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012I). No referido ato normativo, ampliou-se seu escopo no sentido de garantir o cuidado integral em Oftalmologia, não apenas às consultas para diagnóstico de erros de refração e oferta de óculos corretivos, mas também para diagnosticar e tratar demais doenças do aparelho da visão, como problemas de retina e estrabismo.

O Projeto Olhar Brasil tem como público-alvo os educandos de escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), gerido pelos ministérios da Saúde e da Educação e os alfabetizando cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado (PBA), gerido pelo Ministério da Educação (MEC).

O PSE atua na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público com ações realizadas de forma articulada entre as equipes de Saúde da Atenção Básica e os trabalhadores da Educação. No ano de 2013, com a universalização do PSE, todos os municípios do País estão aptos a participar das atividades.

O PBA, instituído pelo MEC em 2003, está vinculado à meta de erradicação da pobreza extrema, compondo o Plano Brasil Sem Miséria. Tem o objetivo de contribuir para a universalização do ensino fundamental, apoiando ações de alfabetização de jovens com 15 anos ou mais, adultos e idosos. O Programa atende aproximadamente 70% dos municípios brasileiros com turmas abrangendo a população urbana e também a população rural.

A partir das novas estratégias do Projeto Olhar Brasil, caso o médico identifique outros problemas oftalmológicos além da refração, como o estrabismo, no caso da criança, ou retinopatia diabética, em adulto, a secretaria de Saúde irá encaminhá-los para receber atendimento especializado, além de receber os óculos corretivos.

Os estados e municípios receberão recursos financeiros a mais, além dos já repassados atualmente pelo Ministério da Saúde, para realizar todas as etapas do Projeto, que serão repassados via Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec) – extrateto de média e alta complexidade.

O Projeto Olhar Brasil compreende as seguintes ações estratégicas:

- I – inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde das unidades escolares cadastradas para o Projeto para a realização da triagem dos alunos identificados;
- II – capacitação dos professores durante os encontros periódicos da formação continuada e da rede básica de saúde, para a realização da triagem para a consulta;
- III – a ampliação do número de consultas oftalmológicas na rede pública de saúde e o fornecimento gratuito de óculos a partir da necessidade identificada no Projeto;
- IV – organização da rede pública de serviços em função das necessidades apontadas no Projeto, visando à garantia da referência especializada em oftalmologia para o público-alvo; e
- V – assistência aos casos que necessitarem de intervenções em outras patologias, com a garantia dos procedimentos oftalmológicos

Assim, o Projeto Olhar Brasil busca garantir a equidade e a redução das diferenças em virtude da evasão escolar, promovendo a possibilidade do desenvolvimento intelectual e pessoal do cidadão e das crianças em fase de aprendizagem.

Durante o ano de 2013 mais de 2 mil municípios solicitaram adesão ao Projeto Olhar Brasil, envolvendo mais de 4 milhões de beneficiários do PSE e mais de 200 mil alfabetizando do PBA. Em 2014, estima-se que cerca de um milhão de escolares será encaminhado para consulta oftalmológica e, destes, mais de 200 mil precisarão de óculos monofocal ou bifocal.

6.1.7 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Diante do inegável impacto social, econômico e previdenciário do AVC e considerando a necessidade de realizar uma ação integrada no âmbito do SUS para reduzir a ocorrência das doenças cerebrovasculares, o Ministério da Saúde, em abril de 2012, lançou um conjunto de medidas que instituiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, com a inclusão do medicamento trombolítico, e a Linha de Cuidados em AVC para o tratamento emergencial na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Na Linha de Cuidados aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral, existem 26 hospitais habilitados em atendimento especializado aos pacientes com AVC, totalizando 297 leitos especializados para atender a esses pacientes. Com a implementação da Linha de Cuidados aos Pacientes com AVC, estima-se diminuição da necessidade de internação em UTI de 17% dos pacientes para 10%, diminuição do tempo de internação de 19 para 12 dias, diminuição do número de pacientes com sequelas pelo tratamento trombolítico e diminuição da mortalidade do AVC isquêmico de 12 para 8%

Prevê-se em 2013 a ampliação da assistência no SUS aos pacientes acometidos pelo AVC em todo o Brasil, por meio de habilitações de centros de atendimento de urgência e tratamento com uso de trombolítico reduzindo riscos de sequelas e mortalidade.

6.1.8 Sangue e Hemoderivados

Em 2013, foi assegurada a disponibilidade de 3,3 Uls *per capita* de concentrado de fator VIII plasmático, meta internacionalmente recomendada para a atenção aos pacientes hemofílicos A. Houve ampliação da dose domiciliar para os pacientes com coagulopatias hereditárias, o que assegura maior autonomia a estes pacientes, permitindo o acesso seguro a diversos ambientes para pleno exercício de sua cidadania. Além disso, foram disponibilizadas recomendações para profilaxia secundária de curta e longa duração. Também, foi firmado contrato de fornecimento de Fator VIII, recombinante entre o Ministério da Saúde e a Hemobrás, garantindo o acesso dos pacientes ao produto de origem biotecnológica advindo de transferência de tecnologia da empresa pública. Foram ainda realizadas 162 (até 15 de novembro de 2012) visitas técnicas de avaliação a serviços de hemoterapia nas cinco regiões do País, no âmbito do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH).

Com relação à qualificação do plasma para uso industrial, foram qualificados 117 serviços de hemoterapia (SH), fornecedores de plasma para uso industrial por entidades públicas e privadas. Em 2013, foram enviados, para beneficiamento no exterior, 189 mil litros de plasma para fracionamento e posterior distribuição dos medicamentos hemoderivados ao SUS.

No ano de 2013, foi implantada a última plataforma das 14 previstas para a realização do teste de ácido nucleico (NAT) HIV/HCV na Hemorrede Nacional. Foi publicada ainda a Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, dispendo sobre a obrigatoriedade de realização do teste para todas as doações de sangue. Atualmente, o teste está disponível para 100% das bolsas de sangue oriundas de doação voluntária nos serviços de hemoterapia públicos e privados contratados pelo SUS, diminuindo assim, o risco de transmissão de patógenos em transfusões de sangue.

6.1.9 Eletivas

O Ministério da Saúde instituiu a Política de Cirurgias Eletivas como estratégia para induzir a organização da oferta desses procedimentos na rotina do SUS em 2003. A partir deste ano, a estratégia foi sendo aperfeiçoada, anualmente, com liberação de mais recursos financeiros e inclusão de novos procedimentos.

O objetivo principal desta Política é ampliar o acesso e reduzir o tempo de espera nas filas no SUS.

Atualmente, os procedimentos Cirúrgicos Eletivos são organizados em três componentes, com financiamento específico, sendo:

- Componente I – Cirurgia de Catarata.
- Componente II – Especialidades e Procedimentos Prioritários de Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia e Vascular.
- Componente III – Procedimentos definidos como Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de média complexidade considerados relevantes para a ampliação do acesso, no contexto locorregional.

A estratégia trouxe considerável melhoria do acesso da população às cirurgias eletivas, com consequente redução das filas de espera nas especialidades com maior dificuldade de realização na rotina dos serviços.

O Ministério da Saúde, reconhecendo que ainda são necessárias medidas de aperfeiçoamento das estratégias utilizadas visando à organização desses serviços de maneira integral e integrada às Redes de Atenção à Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.340, de 29 de junho de 2012 (BRASIL, 2012m), ampliou em mais R\$ 300.000.000,00 os recursos destinados às cirurgias eletivas. Os R\$ 650.000.000,00 previstos significam crescimento de cerca de 85% em relação aos R\$ 350.000.000,00 que estavam previstos na Portaria MS/GM nº 2.318, de 30 de setembro de 2011, para o ano de 2012.

Os recursos financeiros foram parte de nova estratégia do Ministério da Saúde para garantir o acesso da população aos procedimentos disponibilizados no SUS. Os estados brasileiros e o Distrito Federal receberam os recursos financeiros, em parcela única, para o período de um ano, e deverão ser aplicados nas especialidades de maior demanda e naquelas escolhidas pelos gestores locais de Saúde, conforme a realidade de sua região. Além disso, mais de R\$ 50 milhões destinam-se à ampliação do acesso a cirurgias de cataratas nos municípios com população em situação de extrema pobreza, beneficiando 2.557 cidades.

Nas tabelas, a seguir, estão as produções de 2011 a 2013 por Componente e Região.

Tabela 28 – Produção de cirurgia eletiva de 2011 a 2013 (projeção)

REGIÃO	UF	2011		2012		2013	
		FREQUÊNCIA	VALOR	FREQUÊNCIA	VALOR	FREQUÊNCIA	VALOR
CENTRO-OESTE	DF	23.015	12.948.133,35	24.454	14.095.819,49	22.279	13.009.269,55
	GO	49.445	24.565.926,11	48.099	27.398.337,71	60.604	45.191.898,65
	MS	22.160	10.264.882,14	23.942	10.948.121,69	23.215	10.441.867,34
	MT	21.274	11.395.152,15	26.413	13.225.620,26	22.184	11.942.267,88
NORDESTE	AL	72.455	23.338.168,10	76.585	21.529.242,50	88.848	28.511.792,56
	BA	203.988	87.775.979,81	221.683	101.920.651,09	182.253	85.901.402,93
	CE	87.477	46.073.541,54	79.653	41.679.185,86	81.689	44.245.909,44
	MA	52.851	27.606.305,72	46.753	22.756.565,88	68.275	36.311.982,79
	PB	33.380	16.816.290,30	31.459	15.543.577,61	36.428	19.167.037,45
	PE	106.438	52.274.299,55	97.990	47.198.639,82	99.303	50.020.365,57
	PI	24.612	12.255.079,91	28.128	14.027.393,95	31.558	16.631.744,03
	RN	38.141	21.939.140,42	37.844	21.047.267,87	43.694	26.278.929,56
NORTE	SE	19.468	10.367.323,42	21.001	11.135.047,55	19.535	10.959.161,78
	AC	25.213	14.997.506,08	25.430	13.271.539,39	5.857	3.478.419,11
	AM	26.247	16.115.110,41	22.713	15.172.765,64	27.657	18.931.981,83
	AP	3.276	2.047.056,10	3.096	1.998.359,07	6.093	3.839.879,84
	PA	64.671	32.843.226,84	68.171	31.213.291,33	96.597	49.944.180,53
	RO	9.082	3.665.459,35	10.087	4.284.904,68	8.843	4.276.866,80
	RR	5.177	2.167.689,40	5.383	2.614.043,23	4.903	2.071.936,81
SUDESTE	TO	7.727	3.751.472,43	10.117	4.857.440,99	11.060	5.543.152,42
	ES	43.482	23.324.955,72	46.900	25.305.591,26	43.270	24.617.160,50
	MG	206.225	107.694.187,60	207.022	107.472.721,74	229.200	129.951.033,16
	RJ	134.701	64.156.793,92	142.404	66.563.299,93	136.747	75.450.927,60
SUL	SP	496.638	243.731.688,28	502.818	247.948.809,21	550.259	288.181.173,94
	PR	113.642	58.998.317,98	127.151	67.496.366,23	118.300	63.488.970,19
	RS	107.126	52.365.190,09	117.516	60.060.083,95	131.151	83.103.740,35
	SC	58.858	31.813.519,15	67.768	37.180.756,66	73.718	47.390.566,20
Total Geral		2.056.769	1.015.292.395,84	2.120.580	1.047.945.444,53	2.223.517	1.198.883.618,80

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

Tabela 29 – Comparativos de eletiva dos componentes I, II e III de 2008 a 2013 (projeção)

COMPONENTE I		
ANO	TOTAL FREQUÊNCIA	TOTAL VALOR
2008	255.120	146.373.565,15
2009	320.431	185.202.022,97
2010	348.423	205.992.720,42
2011	426.570	256.498.421,38
2012	457.573	278.793.888,48
2013	526.942	326.558.436,37
Total Geral	2.335.059	1.399.419.054,77

COMPONENTE II		
ANO	TOTAL FREQUÊNCIA	TOTAL VALOR
2008	148.981	109.233.707,36
2009	163.096	132.530.302,62
2010	168.660	140.601.768,71
2011	172.573	145.789.782,65
2012	178.710	158.384.979,71
2013	183.422	194.534.496,53
Total Geral	1.015.442	881.075.037,58

COMPONENTE III		
ANO	TOTAL FREQUÊNCIA	TOTAL VALOR
2008	1.073.701	451.716.504,67
2009	1.156.375	547.895.488,52
2010	1.211.751	566.815.521,60
2011	1.457.626	613.004.191,81
2012	1.484.297	610.766.576,34
2013	1.513.153	677.790.685,90
Total Geral	7.896.903	3.467.988.968,84

continua

conclusão

COMPONENTES I, II e III		
ANO	TOTAL FREQUÊNCIA	TOTAL VALOR
2008	1.477.802	707.323.777,18
2009	1.639.902	865.627.814,11
2010	1.728.834	913.410.010,73
2011	2.056.769	1.015.292.395,84
2012	2.120.580	1.047.945.444,53
2013	2.223.517	1.198.883.618,80
Total Geral	11.247.404	5.748.483.061,19

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, 2013.

6.1.10 Doenças raras

O Ministério da Saúde, ciente da necessidade de estruturar a assistência às pessoas com doenças raras, instituiu, em 26 de abril de 2012, um grupo de trabalho, organizado pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), no qual participaram representantes de sociedades, especialistas e associações de apoio às pessoas com doenças raras, para a elaboração de dois documentos norteadores: as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde e as Normas para Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referências em Doenças Raras no SUS. Esses documentos subsidiaram a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde.

No sentido de garantir a participação social, os documentos norteadores foram submetidos à consulta pública, e diversas contribuições foram recebidas. Em seguida, foi realizada, em Brasília, no dia 23 de outubro de 2013, uma reunião final com um grupo maior de associações e especialistas antes da finalização dos documentos, com o objetivo de aumentar a pluralidade e a participação social na formulação da política pública.

Os documentos finais foram apresentados e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 12 de dezembro de 2013 e resultaram em duas portarias: uma portaria MS/GM que “institui a Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” e outra portaria MS/SAS que “aprova e institui critérios para organização, planejamento e monitoramento das ações e serviços referentes ao cuidado das pessoas com Doenças Raras, assim como define as condições para a habilitação dos Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde”. As duas portarias serão publicadas ainda no primeiro semestre de 2014.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por essas doenças, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Está organizada no conceito das Redes de Atenção à Saúde, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, de prevenção, de detecção precoce, de diagnóstico, de tratamento e de cuidados paliativos, de forma oportuna, para as pessoas com doenças raras.

Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde.

Essa Política utiliza como definição de doenças raras a estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Denis e colaboradores (2009), a Organização Mundial da Saúde, define uma doença rara (DR) como “aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 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. Manifestações, relativamente frequentes, podem simular doenças comuns, dificultando o seu diagnóstico, causando elevado sofrimento clínico e psicossocial aos afetados, bem como para suas famílias. As doenças raras são geralmente crônicas, progressivas, degenerativas e até incapacitantes, afetando a qualidade de vida das pessoas e de suas famílias.

Como não seria possível organizar as diretrizes abordando as doenças raras de forma individual, devido ao grande número de doenças, as diretrizes foram organizadas na forma de eixos estruturantes, que permitem classificar as doenças raras de acordo com suas características comuns, com a finalidade de maximizar os benefícios aos usuários.

As doenças raras deverão ser classificadas em sua natureza de origem como: genética e não genética. Desta forma, foram elencados dois eixos de doenças raras, sendo o primeiro composto por doenças raras de origem genética, com três grupos: 1– Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, 2– Deficiência intelectual, 3– Erros inatos do metabolismo. O segundo composto por doenças raras de origem não genética, com os seguintes grupos de causas: 1– Infeciosas, 2– Inflamatórias e 3– Autoimunes.

No contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras também foi solicitada a incorporação de um rol de novos exames para identificação de doenças genéticas, os quais já foram aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no

SUS (Conitec) e em breve serão incorporados à Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais (OPM) – Portaria MS/GM nº 2.848, de 6 de novembro de 2007– e estarão disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Com a publicação das portarias supracitadas, a habilitação de serviços nessa área e a inclusão dos novos procedimentos na tabela do SUS, pretende-se promover o desenvolvimento e a implementação de uma política pública efetiva e integrada aos demais serviços da rede pública de saúde para garantir o acesso à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação das pessoas com doenças raras.

6.1.11 Doença renal crônica

Com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso à saúde das pessoas com doença renal crônica (DRC), o Ministério da Saúde, em parceria com setores especializados da área, elaborou as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no SUS, com o intuito de oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, as estratégias de prevenção, o diagnóstico e o seu manejo clínico. A referida Diretriz foi posta em consulta pública (Consulta Pública nº 16), com a finalidade de ampliar a oportunidade de participação da população na elaboração e no aprimoramento de políticas públicas e receber contribuições tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral. A consulta pública finalizou em 20 de setembro de 2013 e será publicada em 2014.

Além disso, o MS está trabalhando na revisão da Política de DRC no contexto do desenvolvimento de uma linha de cuidado de forma a reestruturar a rede de cuidados, garantindo a continuidade e a integralidade da atenção, não apenas pautada na diálise ou na alta complexidade. Com a nova portaria, busca-se mudar a realidade de aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise, acessando o sistema de saúde pela porta da urgência. Assim, uma das principais alterações da nova portaria é o repasse de um incentivo financeiro ao gestor de saúde para que seja realizado o acompanhamento multiprofissional na fase pré-dialítica, dos casos indicados, bem como o apoio matricial das equipes de Atenção Básica nos assuntos relacionados a doenças renais de forma a diagnosticar e tratar as complicações da DRC, e conseqüentemente, favorecer um início na Terapia Renal Substitutiva (TRS) em melhores condições clínicas. A nova portaria foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em dezembro de 2013, e será publicada ainda no primeiro semestre de 2014.

6.2 Ações de Gestão

6.2.1 Cebas

6.2.1.1 Apresentação

O Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cebas) é concedido pelo Ministério da Saúde às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestação de serviços na área da Saúde e que atendam ao disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a), e aos seus regulamentos.

O Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS), integrante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), é responsável pela execução dos procedimentos relativos à certificação, para posterior deliberação do secretário de Atenção à Saúde, conforme determina a Portaria MS/GM nº 1.970, de 16 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011r).

As entidades beneficentes da área da Saúde constituem importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde. Integram a rede complementar do SUS, no total de 3.101 estabelecimentos de saúde, distribuídos em 1.738 municípios brasileiros. Destaca-se que, em 989 municípios brasileiros, a assistência hospitalar é realizada unicamente por hospitais beneficentes.

A rede filantrópica conta com 1.733 hospitais que prestam serviços para o SUS, sendo responsáveis por 35,79% dos leitos disponíveis e por 40,92% das internações no âmbito do SUS. Considerando-se que 6,23% dos atendimentos ambulatoriais do SUS são realizados por estabelecimentos beneficentes, o total de atendimentos do SUS realizados por essas instituições chega a 47,15% (internações e ambulatório).¹

¹ Metodologia:

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais do SUS (SIA e SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS/MS.

Separação do grupo: “Retenção de Tributos”: Códigos 11 e 12 – Filantrópicas e Produção Hospitalar e Ambulatorial ao SUS.

Período da produção: jan/2012 a dez/2012

Atualização: 16 de janeiro de 2014 – sujeitos à retificação.

Pode ocorrer pequena variação nos números em função das atualizações no cadastro das entidades no CNES.

Figura 8 – Distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestam serviços ao SUS

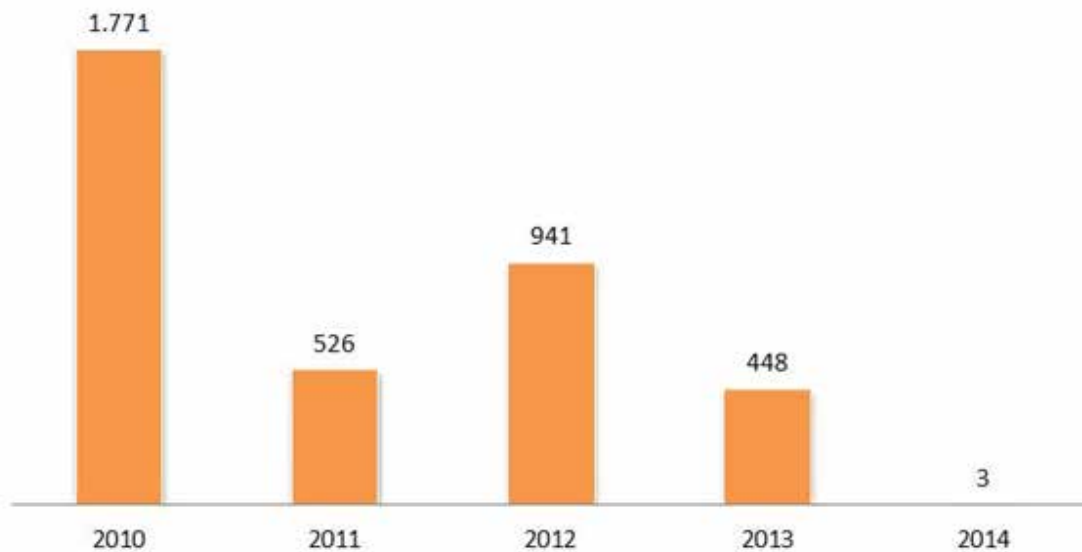


Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais do SUS (SIA e SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS/MS).

6.2.1.2 Evolução da certificação no âmbito do SUS

A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, atribuiu ao Ministério da Saúde a competência para proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social da área da Saúde (conhecidas como filantrópicas). O início efetivo das atividades de certificação pelo Ministério da Saúde ocorreu em abril de 2011.

Gráfico 8 – Requerimentos de concessão/renovação do Cebas: 2009-2013



Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

Certificação na área da Saúde: resultados operacionais até maio de 2013

A certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da Saúde envolve, além dos requerimentos de concessão ou renovação do Cebas, outros processos, como recursos contra a decisão de indeferimento, representações, demandas judiciais e revisão administrativa.

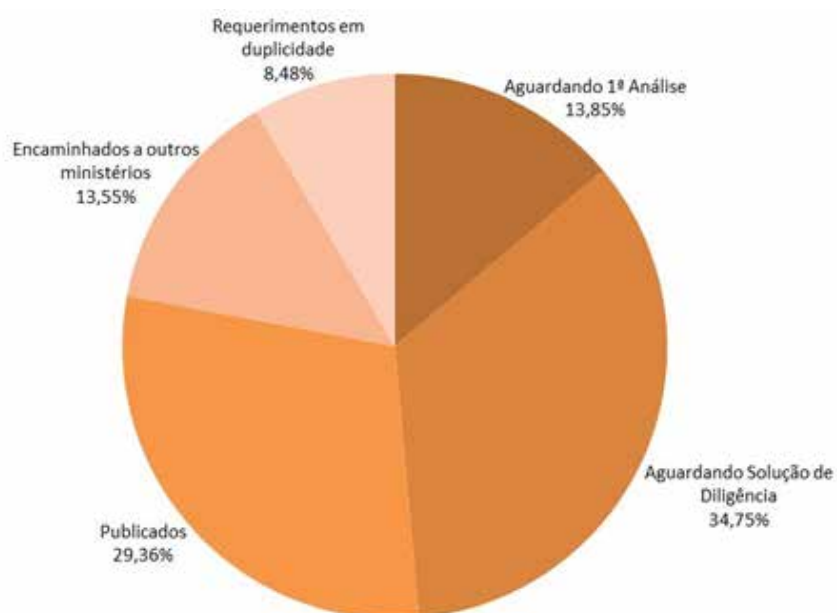
Até janeiro de 2014, foram protocolados no MS 3.689 requerimentos de concessão ou de renovação do Cebas. Outros 683 processos interpostos consistem em recursos, representações judiciais e revisões administrativas. Considerando-se outras demandas relacionadas ao Cebas (6.972), o Departamento recebeu um total de 11.344 documentos.

Tabela 30 – Requerimentos de concessão ou renovação do Cebas

Requerimentos de concessão/renovação						
Fase de produção		Antes da lei	Depois da lei	Total	Situação (%)	Produção do DCEBAS
Total de processos		926	2.763	3.689		
Requerimentos pendentes de julgamento	Aguardando a 1ª análise	0	511	511	13,85%	13,85%
	Aguardando solução de diligência	107	1.175	1.282	34,75%	34,75%
Requerimentos concluídos	Publicados	609	474	1.083	29,36%	51,40%
	Encaminhados a outros ministérios	192	308	500	13,55%	
	Requerimentos em duplicidade	18	295	313	8,48%	

Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

Gráfico 9 – Situação dos requerimentos de concessão e/ou renovação do Cebas (%)



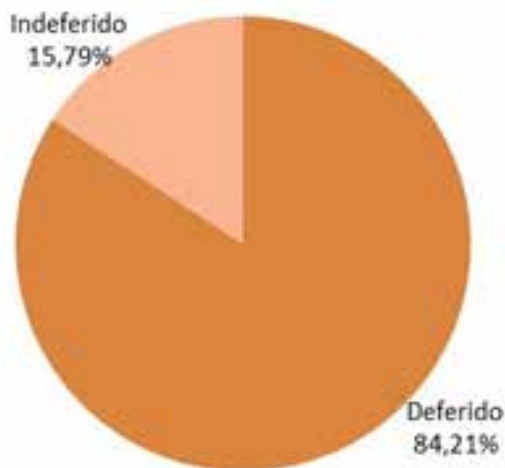
Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

Tabela 31 – Requerimentos com decisões publicadas

Ano	Deferidos	Indeferidos	Total geral
2011	201	34	235
2012	403	31	434
2013	308	106	414
Total geral	912	171	1.083

Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

Gráfico 10 – Situação dos processos publicados



Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

O Departamento atingiu o **índice de 86,15% de requerimentos analisados**, considerando o total de requerimentos até maio de 2013 (3.689). 51,4% dos processos foram concluídos: 29,36% obtiveram decisão de deferimento ou indeferimento do Cebas, 13,55% foram encaminhados aos demais ministérios competentes para certificação e 8,48% foram concluídos por juntada (requerimentos em duplicidade). Cabe ressaltar que 34,75% dos processos encontram-se suspensos por motivo de diligência (em decorrência da ausência de documentos ou da insuficiência de informações) e 13,85% aguardam a primeira análise.

Com relação à proporção entre deferimentos e indeferimentos, observa-se a preponderância de deferimentos (84,21%), o que confirma a importância das estratégias de apoio a gestores e entidades implantadas pelo DCEBAS para a melhor condução do processo de certificação.

Supervisão das entidades certificadas:

As atividades da Área Técnica de Supervisão do DCEBAS tiveram início em junho de 2012, atendendo à determinação da Lei nº 12.101, de 2009.

O Acórdão nº 2.826/2011 recomendou a adoção de medidas para a supervisão ministerial sobre as entidades beneficentes de assistência social certificadas, conforme o previsto no Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010.

A finalidade da supervisão é assegurar o cumprimento dos requisitos que possibilitaram a concessão ou renovação do Cebas, de acordo com os condicionantes legais e a forma como a entidade comprovou sua condição de beneficente para fins de certificação. São supervisionadas somente as entidades portadoras de certificados vigentes em relação aos requisitos que possibilitaram a concessão ou renovação do Cebas.

O processo de supervisão das entidades certificadas envolve as seguintes instâncias e órgãos:

- Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde;
- Comitê Consultivo do DCEBAS;
- Secretarias estaduais e municipais de saúde;
- Entidades;
- Conass;
- Conasems;
- CMB;
- CNS.

Tabela 32 – Número e distribuição das entidades supervisionadas por região do País

Resultados (supervisão)		
Regiões	Quantidade	%
Centro-Oeste	16	4,50%
Nordeste	30	8,50%
Norte	2	0,50%
Sudeste	213	60,70%
Sul	91	25,80%
Total	352	100,00%

Fonte: SISCEBAS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado em 16 de janeiro de 2014.

Principais ações estratégicas relacionadas à certificação das entidades beneficentes de assistência social em saúde: apoio técnico aos gestores estaduais e municipais na implantação de ações direcionadas ao cumprimento dos requisitos de concessão ou renovação do Cebas: o DCEBAS promoveu maior envolvimento dos gestores estaduais e municipais no processo de certificação das entidades localizadas em seus territórios, buscando o fortalecimento da relação gestor/prestador e a adaptação institucional às novas regras da certificação, contribuindo, portanto, para que as entidades beneficentes de assistência social da área da Saúde operem em consonância com as necessidades e prioridades do SUS.

Seminários nacionais sobre certificação de entidades beneficentes de assistência social em saúde no âmbito do SUS

Em 2012, o DCEBAS realizou o 1º Seminário sobre Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social no âmbito do SUS, que contou com a participação de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dos conselhos de secretários municipais de Saúde (Cosems), das secretarias estaduais de Saúde (SES) e de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o total de 92 participantes.

Temas abordados:

- Os novos rumos do processo de certificação;
- A importância da alimentação dos sistemas de informação do SUS de forma correta e regular;
- O Panorama Legal da Norma de Certificação;
- Qualidade no Processo de Certificação: como minimizar impactos negativos;
- Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS;
- As Redes de Atenção à Saúde e as ações prioritárias.

O 2º Seminário sobre Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social no âmbito do SUS aconteceu em maio de 2013, em Brasília (DF). Contou com a participação de representantes do Conass, do Conasems, dos Cosems, das secretarias estaduais de saúde, de áreas técnicas do Ministério da Saúde, bem como com a participação de representantes da Confederação Nacional das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) e da Confederação Nacional de Saúde (CNS), com suas respectivas federações nos estados. Mais de 180 pessoas participaram do evento.

Temas abordados:

- A certificação na área da Saúde: avanços e desafios para a gestão do SUS;
- Contratualização;
- Contrato Organizativo de Ação Pública;
- Sistemas de Informação (CNES, SIH, SIA, CIHA);
- O Componente Hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial;
- A Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Grupo Virtual DCEBAS

Criado no segundo semestre de 2012 como parte da estratégia de consolidação do processo de certificação, **tem como objetivo apoiar os gestores estaduais e municipais de saúde no aperfeiçoamento do processo de certificação das entidades localizadas em seus municípios e na correta aplicação da norma.**

Trata-se de um espaço destinado à difusão de informações sobre a certificação, discussões gerais e esclarecimentos referentes à legislação vigente.

O grupo é composto atualmente por representantes dos seguintes órgãos: secretarias estaduais de saúde, Conass, Conasems, Cosems e Ministério da Saúde (DCEBAS).

Até maio de 2013, o Grupo Virtual DCEBAS veiculou semanalmente a relação de entidades diligenciadas pelo MS e abordou os seguintes temas, disponibilizados também como textos informativos na página do CEAS, no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/cebas-saude):

- Apresentação do Grupo Virtual do DCEBAS;
- Comitês estaduais de apoio à certificação;
- Principais causas de diligência nos processos de certificação;
- Proposta de oferta de serviços ao SUS;
- Contrato e cumprimento de metas;
- Sistemas de informações do SUS e a certificação (SIA, SIH e CIHA);
- Qualidade das informações apresentadas na certificação;
- Certificação: conjunto de estabelecimentos de saúde (matrizes e filiais);
- Respostas às demandas de esclarecimentos gerais sobre a certificação;
- Resumos executivos das reuniões do Comitê Consultivo do DCEBAS;

Comitês estaduais de apoio à certificação

A criação dos comitês estaduais de apoio à certificação foi uma proposta apresentada pelo Conasems no 1º Seminário sobre Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde no âmbito do SUS. A ação foi produto da articulação entre a Secretaria de Atenção à Saúde (por meio do DCEBAS), o Conass e o Conasems e contou também com a aprovação dos demais representantes do Comitê Consultivo do DCEBAS.

O objetivo dos comitês estaduais é promover estruturas descentralizadas de apoio a gestores e entidades, fortalecendo a certificação no âmbito da gestão local.

A estratégia foi iniciada no segundo semestre de 2012, quando os secretários estaduais de saúde e os presidentes de Cosems receberam, por meio de ofício, a recomendação do secretário da SAS para a criação dos comitês no âmbito dos estados, sugerindo-se a composição com representantes das SES, dos Cosems e representação local da CMB e do CNS.

Em maio de 2013, o DCEBAS realizou a 1ª Reunião de Apoio à Implantação de Estruturas Descentralizadas de Apoio à Certificação do Norte do País. Estiveram presentes representantes das SES e dos Cosems dos sete estados da citada região.

Ação articulada com o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

A Lei nº 12.101, de 2009, determina que as entidades certificadas mantenham fixada, em local visível ao público, uma placa que indique sua condição de beneficente na área da Saúde e que, como tal, presta serviços ao SUS.

Como estratégia para promover o **controle social no âmbito da certificação**, o DCEBAS desenvolveu ação articulada com o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DOGES/SGEP/MS). Foram enviados ofícios-circulares aos gestores do SUS e aos presidentes dos conselhos municipais de saúde informando questões sobre a certificação das entidades localizadas em seus municípios e solicitando apoio para o cumprimento da determinação legal no que tange à fixação da placa. A amostra foi de 373 entidades certificadas pelo Ministério da Saúde. 28% dos ofícios foram respondidos, 67% não foram respondidos e 5% foram devolvidos.

O incremento da ação fez parte do planejamento para o ano de 2013.

Comunicação com os gestores do SUS nos estados e nos 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, o DCEBAS mantém procedimento de comunicação formal com o objetivo de informar questões sobre decisões relacionadas aos requerimentos de Cebas, sobre os procedimentos de supervisão das entidades certificadas e outros temas relevantes. Essa medida resultou em aproximadamente 1.900 ofícios dirigidos a secretários estaduais e municipais de saúde no exercício de 2012.

Publicação técnica

Diante da mudança da competência para a certificação das entidades da área da Saúde e daquelas decorrentes da nova legislação, o DCEBAS publicou uma cartilha intitulada “O Caminho para a Certificação”, contendo orientações direcionadas aos gestores do SUS e às entidades beneficentes da área da Saúde para a melhor condução do processo de certificação, de acordo com a legislação vigente.

Distribuição: foi feita para 3.061 entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços para o SUS; 1.733 gestores do SUS que possuem entidades beneficentes de assistência social em seus municípios; secretários estaduais de saúde; secretários municipais de saúde (capitais brasileiras); 1.700 gestores (Marcha dos Prefeitos/2013); e 500 parlamentares. A publicação também se encontra disponível para *download* no portal <www.saude.gov.br/cebas-saude>.

Houve promoção da inserção das entidades beneficentes de assistência social em saúde nos sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde e supervisão das ações das entidades certificadas.

As ações prioritárias de saúde desenvolvidas pelas entidades beneficentes de assistência social da área da Saúde são consideradas no cálculo dos serviços prestados ao SUS. Neste sentido, a certificação configura-se como importante ferramenta para potencializar as ações das entidades beneficentes nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A Portaria MS/GM nº 1.970, de 16 de agosto de 2011, prevê o incremento de 1,5% para cada uma das ações, discriminadas a seguir, em conformidade com o Plano de Ação Regional:

- Atenção obstétrica e neonatal;
- Atenção oncológica;
- Atenção às urgências e emergências;
- Atendimentos voltados aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas;
- Hospitais de ensino.

Até janeiro de 2014, 195 entidades estiveram aptas ao incremento derivado das ações prioritárias de saúde. As informações são monitoradas por meio de relatório disponibilizado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da SAS (DRAC/SAS).

Disponibilização de informações na Rede Mundial de Computadores

A página do DCEBAS no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/cebas-saude) dá publicidade e transparência ao processo de certificação. São disponibilizadas informações e orientações sobre o Cebas: notas e informes técnicos; informações sobre a supervisão das entidades certificadas; acesso simplificado ao Tabwin; sugestões de textos para documentos/declarações; consultas públicas aos recursos contra decisões de indeferimento ou cancelamento do Cebas; relação de requerimentos de concessão ou de renovação do certificado (em ordem cronológica); publicações; e situação dos processos de certificação (concessões, renovações, recursos, representações, reconsiderações e revisões administrativas).

Comitê Consultivo do DCEBAS

Foi instituído em novembro de 2010, com a finalidade de assistir o Departamento no processo de concessão e renovação do Cebas. O Comitê Consultivo do DCEBAS é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: DCEBAS/SAS/MS, Conass, Conasems, CMB e CNS.

As atividades do Comitê Consultivo do DCEBAS apoiam o processo de certificação na área da Saúde de maneira estruturante, considerando o envolvimento dos órgãos representados.

Desde sua constituição, foram realizadas 32 reuniões ordinárias. As atividades do comitê contribuíram para a permanente avaliação e revisão das normas, bem como para o planejamento de estratégias e ações coordenadas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao processo de certificação.

Avaliação e revisão das normas de certificação

Considerando o impacto do processo de certificação na rede complementar do SUS, o DCEBAS mantém um processo constante de avaliação e revisão da legislação, buscando o aprimoramento da norma em consonância com os avanços do sistema. Neste sentido, destacam-se os principais fóruns de discussão envolvendo representantes de diversos órgãos e entidades:

Fóruns permanentes:

- Comitê Consultivo do DCEBAS: (DCEBAS, Conass, Conasems, CMB, CNS).
- Grupo Virtual do DCEBAS: (DCEBAS, Conass, Conasems, SES, Cosems).

Fóruns especiais:

- Grupo de Trabalho para Revisão das Normas de Certificação (DCEBAS, Conass, Conasems, CMB, CNS).
- Comissão interministerial sobre temas afetos à certificação das entidades beneficentes de assistência social, instituído pela Portaria interministerial nº 2, de 21 de outubro de 2011 (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação e Ministério da Saúde).

Considerações finais

As ações desenvolvidas pelo DCEBAS/SAS/MS buscam aperfeiçoar o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social da área da Saúde como ferramenta para o fortalecimento da gestão do SUS, contribuindo para que as entidades certificadas operem em consonância com as necessidades do sistema.

As instituições beneficentes da área da Saúde são fundamentais para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando seu potencial de oferta e prestação de serviços ao SUS. Nesse contexto, o processo de certificação, alinhado às políticas públicas na área da Saúde, surge como elemento relevante para o fortalecimento das RAS e, conseqüentemente, para a evolução do Sistema Único de Saúde.

6.2.2 Recursos de MAC

6.2.2.1 Recursos Federais do SUS para a Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)

Os recursos federais do SUS para a assistência de média e alta complexidade para cobertura das ações e serviços de média e alta complexidade, no período de 2010 a 2013, tiveram crescimento de R\$ 10,91 bilhões, representando aumento de 38,55%. O limite financeiro passou de R\$ 28,30 bilhões para R\$ 39,21 bilhões em 2013, conforme tabela a seguir:

Tabela 33 – Variação dos recursos federais para os serviços de média e alta complexidade (2010 a 2013)

Exercício	Valor anual (em R\$ bilhões)	Variação em relação a 2010 (R\$)	% Variação
2010	28,30	-	-
2011	30,66	2,36	8,34%
2012	34,52	6,22	21,98%
2013	39,21	10,91	38,55%

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DRAC, 2013.

Entre 2011 e 2012 foram habilitados 4.123 serviços, que representaram o montante de R\$ 1,2 bilhão, destacando-se a UTI – 2.027, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) – 1.432, Centros de Atenção Psicossocial (Caps) – 261 e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – 186, conforme tabela a seguir:

Tabela 34 – Habilitações e valores de serviços em 2010 a 2013

DESCRIÇÃO	2010	2011		2012		2013	
		Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Centros de Atenção Psicossocial (Caps)	163	93	74.181.875	168	105.520.925	160	49.450.906
Unidade de Acolhimento (UA)	0	0	0	0	0	4	1.320.000
Serviço de Alta Complexidade em Cardiologia	9	11	23.467.786	18	16.445.843	13	23.066.875
Serviço de Alta Complexidade em Implante Coclear	2	2	5.146.801	1	1.100.110	1	1.100.110

continua

continuação

DESCRIÇÃO	2010	2011		2012		2013	
		Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRDP)	445	326	40.020.570	1.106	49.042.411	454	45.777.689
Lesões Labio Palatais	0	1	0	0	0	0	0
Serviço de Alta Complexidade e Obesidade Mórbida	16	2	420.000	9	2.452.629	1	497.207
Serviço de Alta Complexidade em Oncologia	9	11	30.654.470	10	22.252.081	6	12.637.896
Serviço de Alta Complexidade em Queimados	1	1	931.172	0	0	0	0
Serviço de Alta Complexidade em Reabilitação Física	3	20	3.041.552	0	0	3	2.501.945
Serviço de Alta Complexidade em Reabilitação Visual	10	0	0	5	2.254.433	2	1.225.422
Serviço de Alta Complexidade em Reabilitação Auditiva	3	9	9.163.081	0	0	0	0
Serviço de Alta Complexidade em Saúde Auditiva	2	0	0	3	3.356.063	0	2.266.760
Serviço de Terapia Nutricional	50	26	1.191.019	25	2.734.422	17	6.100.504
Serviço em Neurologia	3	1	0	4	2.228.374	3	1.560.477
Serviço de Alta Complexidade em Traumatologia Ortopedia	9	5	1.847.180	3	927.490	11	17.196.563
Serviço de Triagem Neonatal	2	6	5.675.714	2	10.743.860	14	9.216.569
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	48	113	138.900.000	73	319.730.000	38	221.142.000
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	838	1.126	189.715.512	901	160.952.641	1.206	258.311.119

continua

conclusão

DESCRIÇÃO	2010	2011		2012		2013	
		Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Saúde do Trabalhador	8	0	0	5	1.800.000	0	0
Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)	42	0	0	1	2.000.000	5	1.680.000
Serviço de Alta Complexidade em Hemodiálise	0	23	37.687.361	12	19.415.761	12	24.060.903
Projeto Olhar Brasil	0	0	0	0	0	719	32.708.882
Lipodistrofia HIV/AIDS	0	0	0	1	195.244	0	0
Centros Especializados de Reabilitação (CERs)	0	0	0	0	0	102	219.900.000
Oficina Ortopédica	0	0	0	0	0	21	13.608.000
Total de Habilitações	1.663	1.776	562.044.094	2.347	723.152.289	2.792	945.329.826

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DRAC, 2013.

No período de 2011 a 2013, os recursos destinados à implantação das redes de Atenção à Saúde alcançou o montante de R\$ 5 bilhões, incluindo recursos repassados em parcela única. Os valores totais, por ano, estão disponibilizados na tabela a seguir:

Tabela 35 – Recursos para implantação de redes de 2011 a 2013

UF	2011	2012	2013	Total
Total	719.996.580,58	1.933.661.214,38	2.382.190.302,15	5.035.848.097,11

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DRAC, 2013.

6.2.3 Política Nacional de Atenção Hospitalar

No ano de 2013, pactuamos de forma tripartite e publicamos a Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). As diretrizes tratam dos eixos de atenção à saúde; de gestão para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção nos hospitais; de formação, de desenvolvimento e de gestão da força de trabalho; de financiamento; de contratualização de hospitais e de responsabilidades dos gestores na PNHOSP. Trata-se de um conjunto de diretrizes que deverão balizar a gestão do conjunto de hospitais hoje existentes no SUS, a elaboração de diagnóstico da forma da atuação e do papel da atenção hospitalar na rede de atenção, além do desenho de um Plano Diretor da Atenção Hospitalar no SUS. Além disso, pactuamos e publicamos também a Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece os regramentos para a contratação de hospitais no âmbito do SUS, com objetivos e diretrizes gerais da contratualização, tendo como base a PNHOSP. Foram pactuadas as bases para a publicação de portaria adicional, com os regramentos de concessão de incentivo específico para os contratos celebrados, tendo como referência as diretrizes da portaria de contratualização.

Reconhecendo as dificuldades de financiamento pelas quais atravessa o segmento dos hospitais filantrópicos, e em resposta ao conjunto de pleitos apresentados pelo segmento no Ministério e como parte da política de aproximação com os hospitais filantrópicos, dada a sua importância enquanto provedores de parcela importante de serviços no âmbito do SUS, o governo desencadeou um conjunto de medidas voltadas ao fortalecimento do setor.

A primeira foi um aporte significativo de recursos para custeio dos hospitais, por meio do reajuste do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC). Foi publicada a Portaria MS/GM nº 2.035, de 17 de setembro de 2013, que reajustou o IAC para 50% do valor da média complexidade apresentada no período de junho de 2012 a maio de 2013, e com possibilidade de realinhamento de teto para a contratualização de toda a produção da média complexidade apresentada. Com base nesta portaria, foram contratualizados ou celebrados termos aditivos aos contratos já existentes de 762 hospitais filantrópicos, com a incorporação de recursos nos tetos dos estados, dos municípios e do Distrito Federal no valor de R\$1.201.979,11.

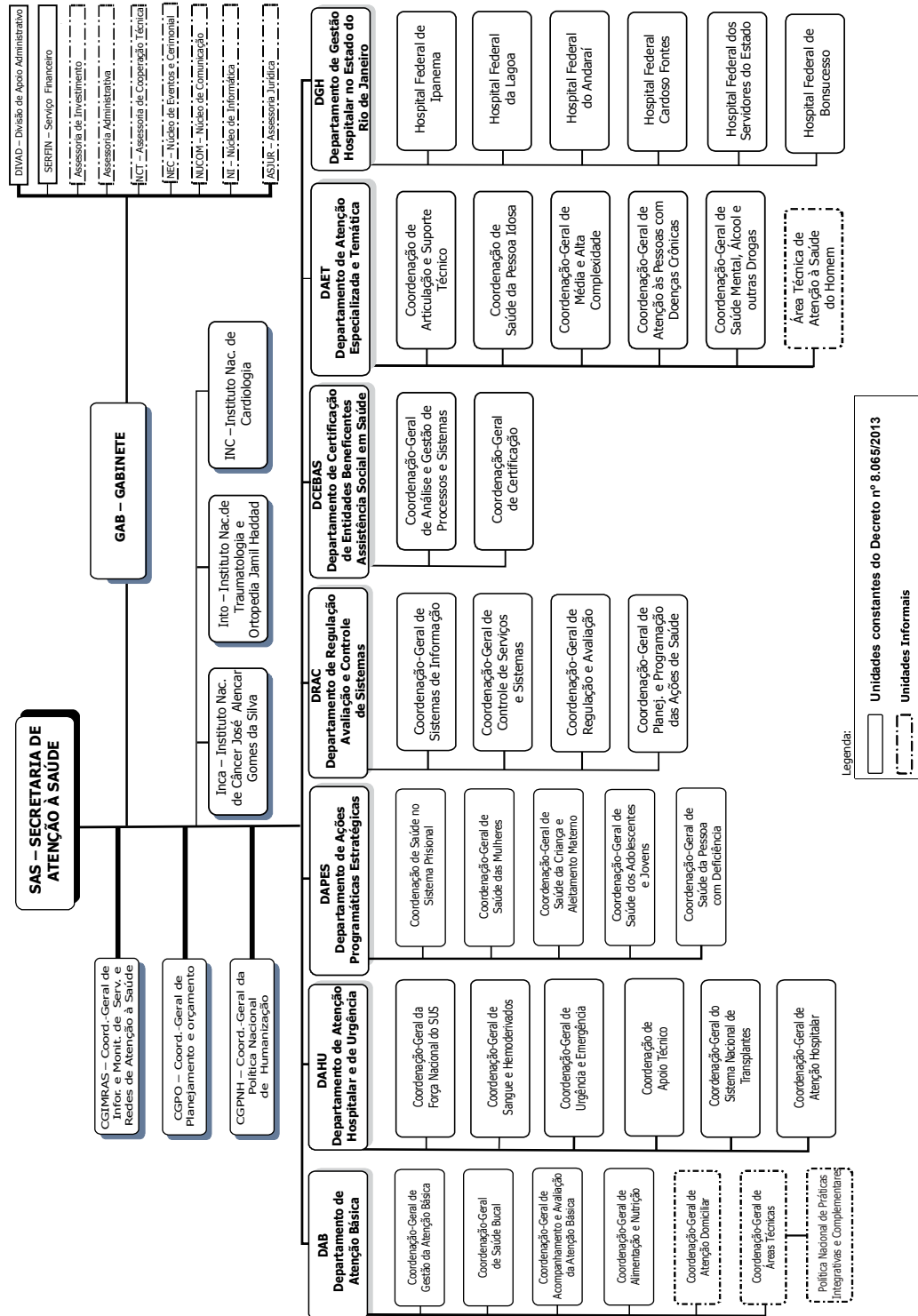
A segunda iniciativa foi a criação do Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que atuam na área da saúde, o PROSUS, formalizado por meio da Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013. Essa medida permitirá que hospitais privados sem fins lucrativos provedores do SUS obtenham a remissão (perdão) de seus débitos tributários com a União. Para aderir ao Programa, as entidades devem estar em “grave situação financeira”, definida para os casos em que a dívida com a União superar os 15% da receita bruta da entidade, ou os casos em que a dívida com a União acrescida a das instituições financeiras superar 30% da receita bruta da entidade. A remissão é condicionada ao

pagamento dos compromissos tributários correntes e deverá ocorrer em até 15 anos, período em que, a cada real pago como tributo corrente corresponderá um real de dívida cancelada. Além disso, o ingresso no PROSUS é condicionado à ampliação de serviços ambulatoriais pelo hospital (em caráter adicional ao já realizado), mediante aprovação do gestor local, e à apresentação de plano de comprovação de capacidade econômica. Além de permitir a ampliação do acesso a esses serviços, essa medida contribuirá para a recuperação financeira dos hospitais filantrópicos e, conseqüentemente, para a manutenção de padrões de qualidade do atendimento prestado.

Finalmente, a legislação referente à filantropia foi modificada, permitindo a certificação ou mantendo seus efeitos tributários em diversas situações importantes. Em primeiro lugar, entidades que atuam exclusivamente na Promoção da Saúde poderão ser certificadas, cumprindo requisitos específicos. A possibilidade de certificação também foi estendida a comunidades terapêuticas que prestam serviços ao SUS e/ou que atuam na área da promoção. Adicionalmente, nos pedidos de renovação, as entidades que não atingirem o percentual mínimo de 60% de serviços ao SUS poderão renovar o Cebas caso tenham atingido 60% pela média dos últimos anos de certificação, e desde que tenham alcançado no mínimo 50% em um dos anos. Também foram introduzidas flexibilizações que permitirão que mais de 300 entidades que aguardam a renovação do Cebas tenham garantidos os efeitos da certificação até a decisão final. Essas e outras medidas irão permitir que um conjunto significativo de entidades, que prestam serviços ao SUS, mantenha o acesso a essa importante fonte de financiamento, representada pela isenção das contribuições sociais.

Ainda em dezembro de 2013, havia 180 hospitais certificados como Hospitais de Ensino, e no mesmo ano houve revisão dos critérios de concessão do incentivo da SAS para o custeio e a estruturação de hospitais, com o objetivo de incentivar a oferta de residências médicas em especialidades prioritárias para o SUS.

6.2.4 Organização da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)



Responsáveis pelas áreas da SAS em 2013:

Secretário Nacional de Atenção à Saúde: Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Chefe de Gabinete: Silvandira Paiva Fernandes

Diretora do Departamento de Certificação de Entidades
Beneficentes de Assistência Social em Saúde: Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Diretor do Departamento de Atenção Básica: Heider Aurélio Pinto

Diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas: Dário Frederico Pasche

Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência: Maria do Carmo

Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas:
Fausto Pereira dos Santos

Diretora do Departamento de Atenção Especializada e Temática:
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Diretor do Instituto Nacional do Câncer: Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva

Diretor do Instituto Nacional de Cardiologia: José Leoncio de Andrade Feitosa

Diretor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia: Marcos Esner Musafir

Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde:
Celeste de Souza Rodrigues

Coordenação-Geral do Gabinete da SAS: Maria Thereza Rodrigues da Cunha

Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento: Rodrigo Lino de Brito

De acordo com o Decreto n.º 8.065, de 07/08/2013, publicado no DOU de 08/08/2013, seção 1, página 1, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) é composta por um Gabinete, sete departamentos e três institutos.

O Gabinete organiza-se em Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO), Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde (CGIMRAS) e Política Nacional de Humanização. Detém, ainda, a responsabilidade pela comunicação, organização administrativa e assessoria jurídica para toda a SAS.

Os departamentos e institutos possuem as seguintes responsabilidades:

1. Departamento de Atenção Básica, ao qual compete normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de Atenção Básica em saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS.
2. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, ao qual compete elaborar, coordenar e avaliar a Política de Atenção Hospitalar do SUS; regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos; elaborar, coordenar e avaliar a Política de Urgência e Emergência do SUS e a Rede de Urgência e Emergência; elaborar, coordenar e avaliar a Política de Sangue e Hemoderivados; coordenar e acompanhar as ações e os serviços de saúde das unidades hospitalares do SUS; e definir ações para a atuação da Força Nacional do SUS.
3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, ao qual compete coordenar o processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde nos seguintes segmentos: sistema prisional; criança e aleitamento materno; bancos de leite materno; saúde das mulheres; Rede Cegonha no âmbito do SUS; de adolescentes e jovens; e pessoa com deficiência, incluindo a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência;
4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, responsável, entre outras competências, por: gerir a Política Nacional de Regulação; estabelecer normas e definir critérios para a sistematização e padronização das técnicas e dos procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação das ações assistenciais de média e alta complexidade de saúde desenvolvidas nos estados, municípios e no Distrito Federal; coordenar as ações de desenvolvimento da metodologia de programação geral das ações e dos serviços de saúde; monitorar e avaliar a assistência de média e alta complexidade quanto à capacidade operacional e potencial da rede instalada, à oferta de serviços de saúde e à execução dos recursos financeiros; gerir os sistemas de informação do SUS no que se refere às macrofunções de cadastramento dos estabelecimentos de saúde, gestão de programação das ações e dos serviços de saúde, de regulação da atenção e do acesso à assistência, de produção de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e de execução

financeira dos recursos destinados à média e alta complexidade; garantir tratamento de dados que possam subsidiar processos avaliativos e regulatórios; subsidiar e apoiar os estados, os municípios e o Distrito Federal nos processos de contratação de serviços de assistência à saúde e celebração de instrumentos de cooperação e compromissos entre entes públicos para a prestação de serviços de saúde.

5. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, ao qual compete: articular e coordenar a implementação das políticas e dos projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob sua responsabilidade; atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na região metropolitana e nos demais municípios do Estado, com vistas ao fortalecimento e à qualificação das redes assistenciais nesses territórios; planejar, coordenar, orientar, executar e avaliar as atividades de contratação de serviços e de aquisição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob sua responsabilidade. As unidades assistenciais sob a sua responsabilidade são os Hospitais Federais de Ipanema, da Lagoa, do Andaraí, Cardoso Fontes, dos Servidores do Estado e de Bonsucesso.
6. Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde, ao qual compete: definir e promover ações técnicas e administrativas necessárias à certificação das entidades beneficentes de assistência social em saúde; apoiar tecnicamente os gestores estaduais e municipais na implantação de ações direcionadas ao cumprimento dos requisitos de concessão ou renovação dos certificados de entidades beneficentes de assistência social em saúde; analisar o cumprimento dos requisitos legais nos requerimentos apresentados pelas entidades de saúde e submetê-los ao Secretário de Atenção à Saúde para a concessão ou a renovação do certificado de entidades beneficentes de assistência social em saúde; promover a inserção das entidades beneficentes de assistência social em saúde nos sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde, bem como supervisionar as ações das entidades certificadas; e encaminhar à Secretaria da Receita Federal do Brasil, do Ministério da Fazenda, informações sobre os pedidos de certificação e renovação deferidos e os definitivamente indeferidos na forma e no prazo por ela estabelecidos.
7. Departamento de Atenção Especializada e Temática, ao qual compete: normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção especializada em saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS; coordenar os processos de elaboração e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS; coordenar os processos de elaboração e avaliação da Política Nacional de Média e Alta Complexidade do SUS; Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS; Saúde da Pessoa Idosa; Saúde do Homem; Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, incluindo a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica; e Prevenção e Controle do Câncer; proceder à análise técnica de projetos apresentados

por instituições que tenham por objeto ações e atividades voltadas para organização da área de competência do Departamento; acompanhar e propor instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção especializada e temática em saúde; prestar cooperação técnica a estados, a municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção especializada ambulatorial e temática em saúde; e criar instrumentos técnicos e legais para subsidiar o desenvolvimento, a implantação e a gestão de redes assistenciais temáticas vinculadas ao Departamento.

8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer; planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas; exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia; coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia; e prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.
9. Instituto Nacional de Cardiologia: participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Patologias Cardiológicas; planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em nível nacional, compatíveis com a execução de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias cardiológicas; desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis nas áreas de cardiologia, cirurgia cardíaca e reabilitação; coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cardiologia, cirurgia cardíaca e afins; orientar e prestar serviços médico-assistenciais na área de cardiologia e afins; estabelecer normas técnicas para a padronização, o controle e a racionalização dos procedimentos adotados na especialidade; e fomentar estudos e promover pesquisas visando a estimular a ampliação dos conhecimentos e a produção científica nas áreas de cardiologia, cirurgia cardíaca e afins.
10. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad: participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Patologias Ortopédicas e Traumatológicas; planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas e à sua reabilitação; desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis nas áreas de ortopedia, traumatologia e reabilitação; coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em traumatologia e ortopedia; estabelecer normas, padrões e técnicas de avaliação de serviços e resultados; e coordenar e orientar a prestação de serviços médicos e assistenciais aos portadores de patologias traumatológicas e ortopédicas.



7 Considerações finais: enfrentando os desafios da atenção no SUS

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Como pudemos ver, na rápida abordagem da construção nestes três anos, expresso nesta revista, foram dados passos importantes e seguros, ainda que mais lentos do que gostaríamos, para a confirmação da construção de um sistema de saúde cada vez mais acessível e de qualidade, a partir de nossos princípios constitucionais como a universalidade, mas buscando sempre integralidade e igualdade para os iguais.

Não gostaria de cometer injustiças, salientando alguns dos aspectos desta construção em detrimento de outros, a bela marca deste trabalho da SAS foi a construção coletiva em que a participação de todos os dirigentes e trabalhadores foi igualmente importante, cada um em seu espaço e ao seu jeito. Mas alguns destaques são necessários na narrativa destes três anos:

- Percebe-se uma apropriação maior, nos vários cantos do País, do significado e da importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de como ficam mais custo-efetivos os sistemas de saúde que consideram a lógica de rede para sua conformação e alocação de recursos; esta foi uma fala e base de propostas de governadores, prefeitos, secretários e equipes de todas as regiões.
- A própria modificação da estrutura organizativa da SAS, para considerar uma melhor coordenação das redes mostra a preocupação da gestão federal para que as RAS deixem de ser discurso e consigam existir realmente no País.
- Os avanços conseguidos desde a pactuação na tripartite nas diversas redes temáticas como a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência, a Rede de Cuidados às Pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na prevenção e controle do câncer, até a execução dos diversos planos de ação, mostram que este é um percurso necessário para o SUS e aderente à realidade brasileira.
- A presença efetiva da gestão federal nos territórios estaduais e municipais, por meio de algumas iniciativas importantes como o SOS Emergências, na participação nos diversos comitês gestores de redes pelos apoiadores de redes da SAS e na presença de apoiadores nas maternidades, mostrou a vontade de colaboração do governo federal nas ajudas

técnica e política para que as ações e serviços de saúde nos diversos territórios revertissem para o bem da saúde da população.

Algumas iniciativas se mostraram particularmente marcantes:

- A concretização do discurso da prioridade para a Atenção Básica a partir de ampliação de cerca de 100% do orçamento do DAB, em investimentos e custeio, com critérios de equidade e necessidade. Implantação de um revolucionário sistema de mensuração de qualidade (PMAQ), já na segunda edição, ampliação radical do Telessaúde Brasil Redes, implantação do e-SUS Atenção Básica, incluindo prontuário eletrônico e banda larga para as UBS. Investimentos massivos na formação e na educação permanente, na ampliação universal dos Nasfs, no apoio decisivo ao Programa Mais Médicos, coordenado pela SGTES e nas inúmeras outras iniciativas inovadoras no campo da Atenção Básica fortalecida e como primeira condição para que se torne cada vez mais cuidadora qualificada e gestora do cuidado, base real, portanto, das redes de atenção em todos os temas.
- A colocação no centro da agenda estratégica da atenção à saúde, das ações de promoção e prevenção, com a implantação da política pública das Academias da Saúde, das ações de alimentação e nutrição, da reformatação do Programa Saúde na Escola e do monitoramento qualificado das condicionalidades do Bolsa Família, com exercício em vários campos de atuação intersetorial e integrada.
- Estabelecimento de dezenas de Planos de Ação Regional das RAS, em todos os estados, cumprindo fielmente o pactuado nacionalmente com estados e municípios, com recursos adicionais de custeio na ordem de grandeza de três bilhões de reais, além de melhoria da qualidade do gasto público em investimentos, a partir das necessidades das redes regionais.
- Priorização das ações de enfrentamento da violência contra a mulher e a centralidade do plano de redução da morte materna, um dos pilares da Rede Cegonha.
- A instituição da Força Nacional do SUS, com atuação em momentos dramáticos da vida de milhares de brasileiros e que obteve reconhecimento da população e dos gestores por esta atuação.
- A universalização para as quatro doenças testadas por meio do Teste do Pezinho e a introdução de novas duas doenças, fazendo prevenção real de deficiências em milhares de crianças.
- A formulação e implantação de nova Política de Saúde das Populações Privadas de Liberdade e implantação de equipes de apoio às medidas de segurança do Judiciário.
- A construção de linhas de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC), do infarto agudo do miocárdio (IAM) e do trauma, que têm encurtado os tempos de atendimento, salvado vidas e reduzido sequelas e sofrimento pelo País afora.

- A aquisição da mais moderna e ousada forma, em parceria com a SCTIE, dos aceleradores lineares, de uma só vez o que foi feito em 20 anos, que vai ser o diferencial na vida das pessoas com câncer, melhor, buscando igualar as oportunidades de acesso de São Paulo e do interior da Amazônia; parte estratégica do novo Plano Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.
- O estabelecimento de uma nova forma de enfrentar as doenças renais crônicas, ampliando a prevenção e cuidando, em especial, dos pacientes na fase pré-dialítica.
- A mudança na lógica de remuneração dos transplantes, com ênfase na *performance* e na qualidade dos serviços, o que nos fez bater recordes ano a ano.
- A instituição de uma nova política para o SUS – a das Doenças Raras.
- O financiamento federal sustentado para construção de UBS, UPAs, CAPs e UAs em todo o país, com critérios transparentes e no formato Fundo a Fundo; criação de um sistema de monitoramento contínuo de todos os empreendimentos (Sismob).
- A formatação de um conjunto de medidas de sustentabilidade e fortalecimento do setor filantrópico, com mudanças legislativas, de normativos internos, ampliação do processo de contratualização e de incentivos de qualidade, o início do processo de certificação da filantropia, com implantação de um departamento próprio (DCEBAS).
- A permeabilização para populações vulneráveis de algumas ofertas inovadoras de cuidado como a Atenção Domiciliar, por meio do “Melhor em Casa” e dos Consultórios na Rua para a população em situação de rua e usuárias de álcool, *crack* e outras drogas.
- A revisão de praticamente todos os normativos (alguns estruturantes como a revisão da Portaria MS/SAS nº 741, de 19 de dezembro de 2005, do câncer, por exemplo) e a instituição de outros como a PGASS, a construção de alguns sistemas de informação como a automatização completa das propostas de custeio que facilita o acompanhamento dos investimentos e do custeio.
- A viabilização de uma fonte adicional de recursos para a área do câncer e das pessoas com deficiência, com apoio privado por meio de renúncia fiscal aprovada em Lei Federal (Pronon e Pronas).
- O aprimoramento gerencial dos hospitais e dos institutos federais do Rio de Janeiro e a elaboração de uma nova proposta de gestão ainda a ser implementada em 2014.

Enfim, como pode ser visto, não foram poucas as iniciativas tomadas pela SAS nestes três anos, que se encontram em diferentes fases de implantação, considerando-se as particularidades de nossa gestão federativa, mas todas apontando para o aperfeiçoamento do SUS. Entretanto, vários são os desafios, sintetizados de forma muito simples a seguir:

- Aprofundamento do fortalecimento real da Atenção Básica, com a permanência de sua priorização orçamentária e política, dando ainda mais apoio aos municípios para que esta ação seja a mais estruturante do SUS. Além das enormes possibilidades de cuidado

qualificado direto prestado pelas mais de 30 mil equipes de Saúde da Família, fortalecidas pelo programa Mais Médicos, a possibilidade de se tornarem cada vez mais os centros das redes temáticas em cada território e região de saúde.

- O desafio claro do encontro de soluções para o apoio diagnóstico e especializado ambulatorial para a Atenção Básica, com novos e flexíveis formatos, adensando tecnologicamente a Atenção Básica e com sustentação orçamentária adicional.
- Ampliação de todas as redes temáticas para todas as regiões e sua adequação às realidades locais e regionais.
- Melhor diagnóstico físico, tecnológico e assistencial da estrutura hospitalar brasileira, aprofundando os instrumentos já existentes e criando novos para dar ao hospital o seu verdadeiro papel de ponto estratégico de atenção das redes e não o seu centro ordenador.
- Efetivação da política de qualificação, humanização e segurança do paciente em todas as estruturas hospitalares e unidades de cuidado do SUS.
- Implementação da regulação assistencial pública, como conjunto de ferramentas fundamentais para a gestão do SUS e concretude das redes.
- Implementação da região de saúde escola, prevista na Lei do “Mais Médicos”, reformatando o papel assistencial e de ensino das unidades do SUS, a partir das necessidades regionais e das redes necessárias e suficientes.
- Aprimoramento e prática dos mecanismos de monitoramento e de avaliação das redes, com retorno dos resultados de forma pública, e de realimentação do planejamento regional.
- Avançar na construção de uma infraestrutura de padrões e de tecnologia da informação em saúde, garantindo a interoperabilidade de sistemas, considerando a informação como importante ferramenta na promoção da equidade.
- Ampliação responsável do financiamento das estruturas de atenção, principalmente a questão hospitalar, a partir de contratos globais com metas e resultados a serem medidos e pagamento global móvel, aproximando os preços praticados dos custos reais, e com subordinação ao planejamento regional e à regulação pública.

Por fim, com reflexos diretos na atenção à saúde, objeto central do trabalho da SAS, mas relacionado diretamente a todo o sistema de saúde, a necessária e sem mais tempo a perder, da reforma infraconstitucional do aparato legal, normativo, das relações federativas de fato, da clareza das responsabilidades, da responsabilidade sanitária transparente, do fluxo mais linear de recursos federais para os municípios e regiões, da simplificação dos procedimentos burocráticos, da limpeza do excesso de normas no caminho da boa governança, na implantação de mecanismos operacionais de gestão regional e do real controle social pela participação ampla dos trabalhadores e usuários. Em síntese, a garantia da plataforma de direitos constitucionais e o enfrentamento de dogmas normativos e operacionais do sistema. Com esta aposta ousada, é que propomos a continuidade de nossa caminhada compartilhada com o conjunto dos atores do SUS!



Referências

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 14, 18 nov. 2011o. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7616-17-novembro-2011-611793-publicacaooriginal-134276-pe.html>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 nov. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.299 de 3 de outubro de 2012. Redefine o Projeto Olhar Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 4 out. 2012l. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/pri2299_03_10_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 13 jun. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_1101.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 1.172, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a

Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 6 jun. 2012j. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1172_05_06_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 1.340, de 29 de junho de 2012. Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 2 jul. 2012m. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1340_29_06_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 5 jun. 2011m. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 1.663 de 6 de julho de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 7 jul. 2012k. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 1.970, de 16 de agosto de 2011. Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 ago. 2011r. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1970_16_08_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 2.012, de 23 de agosto de 2011. Apõe R\$ 7,3 milhões adicionais aos R\$ 76 milhões já previstos, para estados e municípios aplicarem no exame preventivo do câncer do colo uterino. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 ago. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2012_23_08_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 12 out. 2011q. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 jun. 2011n. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 15 dez. 2011p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria MS/GM nº 3.477, de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento da gestante de alto risco. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 160, 21 ago. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/anexo/anexo_prt_3477_20_08_1998.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 jun. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 2 ago. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece as diretrizes para a implantação do componente de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 jul. 2011d.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui Unidade de Acolhimento – UA. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define diretrizes para os Consultórios na Rua – CR. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define critérios de cálculo de equipes de CR. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 27 jan. 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 27 jan. 2012e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 1 fev. 2012f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 ago. 2011e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, Brasília-DF, Seção 1, 25 ago. 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/MS/GM, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 6 out. 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 20 fev. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS – RAPS (Republicada em 31 dez. 2011, por ter saído, no DOU nº 247, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 232-233, com incorreção no original). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS (republicada em 31 de dezembro de 2011). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011i. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT (republicada em 31.12.2011). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011j. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 2 jan. 2013d.

Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Portaria_n_3124_2012.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 20 mar. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 20 mar. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 534, de 28 de março de 2012. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para os Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 mar. 2012i. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0534_28_03_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 6 out. 2011k. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 abr. 2012g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimentos e de custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 abr. 2012h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Portaria SAS/MS/GM nº 451, de 15 de agosto de 2011. (republicada em 30 de agosto de 2011). Institui o Grupo Técnico de Trabalho com a finalidade de redefinir, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 ago. 2011l. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0451_15_08_2011_rep.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.



ANEXO

Anexo A – Atos Normativos das Redes Temáticas Priorizadas

Rede Cegonha

- PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.
- PORTARIA Nº 2.351, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011 – Altera a Portaria nº 1.459/MS/GM, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.
- PORTARIA Nº 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011 – Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.

Rede de Urgências

- PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 – Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.
- PORTARIA Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011 – Estabelece as diretrizes para a implantação do componente de unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PORTARIA Nº 2.026, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 – Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
- PORTARIA Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO de 2011 – Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rede de Atenção Psicossocial

- PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS (Raps) (república em 31 de dezembro de 2011).
- PORTARIA Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 – Dispõe sobre o financiamento dos Caps no âmbito da Raps (república em 31 de dezembro de 2011).

- PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 – Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para serviços residenciais terapêuticos (SRT) (republicada em 31 de dezembro de 2011).
- PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 – Institui Unidade de Acolhimento – UA.
- PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 – Define diretrizes para os consultórios na rua (CRs).
- PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012 – Define critérios de cálculo de equipes de CR.
- PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos serviços de atenção em regime residencial, incluídas as comunidades terapêuticas.
- PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial.
- PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012 – Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da Raps e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

- PORTARIA Nº 793 DE 24 DE ABRIL DE 2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PORTARIA Nº 835 DE 25 DE ABRIL DE 2012 - Institui incentivos financeiros de investimentos e de custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

- PORTARIA Nº 252, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2013 - Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013 – Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013 – Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
- PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTEGESTORES TRIPARTITE, em reunião do dia 28 de fevereiro de 2013, da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.
- PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTEGESTORES TRIPARTITE, em reunião do dia 21 de março de 2013 – Portaria que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- PACTUAÇÃO NA COMISSÃO INTEGESTORES TRIPARTITE, em reunião do dia 21 de março de 2013 – Portaria que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Câncer

- PORTARIA MS/GM Nº 2.012, DE 23 DE AGOSTO DE 2011 – Apõe R\$ 7,3 milhões adicionais aos R\$ 76 milhões já previstos, para estados e municípios aplicarem no exame preventivo do câncer do colo uterino.
- PORTARIA SAS/MS Nº 451, DE 15 DE AGOSTO DE 2011 (republicada em 30 de agosto de 2011) – Institui o Grupo Técnico de Trabalho com a finalidade de redefinir, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Oncológica.

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fonte principal: Myriad Pro
Tipo de papel do miolo: Ap 90gm
Impresso por meio do contrato 28/2012
Brasília/DF, fevereiro de 2014
OS 2014/0060



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

Governo
Federal