



Rel 1/2019 - subcomissão

CÂMARA DOS DEPUTADOS Comissão de Seguridade Social e Família

RELATÓRIO FINAL – 2019 DA SUBCOMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE

Presidente: Dep. Carmen Zanotto (Cidadania/SC)

Relator Geral: Dep. Luiz Antônio de Souza Teixeira Jr. (PP/RJ)

Relatores Setoriais:

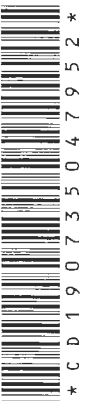
Gestão, Recursos e Planejamento – Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP); **Prevenção e Promoção da Saúde** – Dep. Leandre (PV/PR) e Dep. Enéias Reis (PSL/MG);

Atenção Básica – Dep. Dra. Soraya Manato (PSL/ES);

Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) – Dep. Tereza Nelma (PSDB/AL) e Dep. Dr. Zacharias Calil (DEM/GO);

Assistência Farmacêutica – Dep. Dr. Frederico de Castro (PATRI_MG).

NOVEMBRO / 2019



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO	3
I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO	4
II – COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO	6
III – INTRODUÇÃO	7
IV – LISTA DE REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS	10
V – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS	15
V.1 Atividades do eixo de Gestão, Recursos e Planejamento.....	15
V.2 Atividades do eixo de Prevenção e Promoção da Saúde	27
V.3 Atividades do eixo de Atenção Básica	33
V.4 Atividades do eixo de Assistência de Média e Alta Complexidade	39
V.5 Atividades do eixo de Assistência Farmacêutica	54
VI – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA A SUBCOMISSÃO	69
VI.1 Dados do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS	69
VI.2 Proposições em tramitação, segundo eixos temáticos	76
VII – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES.....	83
VIII – RECOMENDAÇÕES	89
APÊNDICES	98
A) Plano de trabalho da Subcomissão	98
B) Dados sobre o SUS (Ministério da Saúde)	102
C) Proposta para o Observatório da Subcomissão Permanente de Saúde....	105



APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO

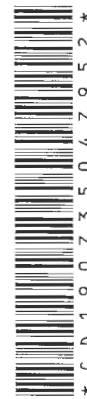
O Relatório anual da Subcomissão de Saúde da Comissão de Seguridade Social e Família buscou reunir em um único documento as inúmeras atividades realizadas por esta Subcomissão, com a descrição dos temas abordados em reuniões e audiências públicas ao longo do ano de 2019, relacionando as principais contribuições dos convidados que colaboraram com esta Subcomissão, tendo como princípios a transparência e o respeito à diversidade de opiniões.

O relatório final aborda os principais temas e tópicos dos relatórios temáticos, com a elaboração de considerações finais e recomendações para o avanço da saúde em nosso País; sem a pretensão, em qualquer momento, de esgotar a complexidade de ações que necessitam ser implementadas, mantidas ou modificadas para a melhoria do nosso sistema de saúde.

O desafio de elaborar um relatório final que possa ser apresentado e aprovado no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família, após quatro anos sem um relatório final desta Subcomissão, ampliou o grau de responsabilidade na elaboração dos relatórios dos eixos temáticos e deste relatório.

Registre-se o agradecimento a todos os deputados participantes desta subcomissão, especialmente aos relatores temáticos, nossa Presidente da Subcomissão, deputada Carmem Zanotto, ao Presidente da CSSF, Deputado Antônio Brito, bem como a todo corpo técnico de assessoria parlamentar e da Consultoria Legislativa que trabalharam na elaboração deste relatório final.

Deputado Dr. Luiz Antônio Teixeira Jr.



I – REQUERIMENTO DE CRIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO

REQUERIMENTO Nº 01/2019 CSSF

(Da Sra. Carmen Zanotto)

Requer a criação, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família, de uma SUBCOMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE (SUBSAÚDE) destinada a avaliar e acompanhar a Saúde no país.

Senhor Presidente,

Nos termos do Art. 29, I, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requero a Vossa Excelência, a criação, no âmbito desta Comissão, de uma SUBCOMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE (SUBSAÚDE) destinada a avaliar e acompanhar a Saúde no país.

JUSTIFICACÃO

A Comissão de Seguridade, Saúde e Família se organiza em torno de três grandes e complexos temas. A Seguridade, a Saúde e a Família. Temas de grandes impactos são tratados no âmbito desta Comissão.

A Seguridade Social, segundo a Constituição federal de 1988, compreende um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

O Brasil reconhece a saúde como direito fundamental das pessoas e dever do Estado desde 1988, (artigos 6º e 196 da CF). O direito à saúde assim posto, exige do Estado e da sociedade a garantia de qualidade de vida, impondo ao Estado o dever de definir políticas sociais e econômicas que reduzam as doenças e garantam serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde das pessoas.



A Constituição, em seu art. 197, conferiu relevância pública às ações e serviços de saúde e determinou (art. 198) que os entes federativos devem integrar-se em rede regionalizada e hierarquizada. Esse conjunto de serviços integrados constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo ao Poder Público o seu financiamento, na forma do disposto no § 3º do art. 198 da CF. O financiamento tem sido palco de profundas discussões, insatisfações e pendências, devendo ser analisado na Subcomissão de Financiamento da Saúde.

Contudo, para a concretude desse direito, importantes aspectos do planejamento, de organização técnico-administrativa, da epidemiologia, do desenvolvimento da ciência e tecnologia, da formação dos profissionais, devem ser objeto de estudos e debates no Congresso Nacional ante suas dificuldades em um país que garante a todos os seus cidadãos.

Importante ressaltar que o SUS tem uma organização e funcionamento bastante complexos, sendo dever constitucional de todos os entes federativos, sem, contudo, ter sido disposto na Constituição quais são as responsabilidades de cada ente em razão de suas profundas desigualdades socioeconômicas e demográficas. Ao mesmo tempo em que se deve garantir a integralidade da assistência à saúde, também não foram definidos parâmetros para compor o seu conteúdo.

Estudos e debates são necessários para a propositura de medidas que possam sanar ou minimizar essas e outras dificuldades. Dessa forma solicito aos senhores parlamentares, o apoio à criação no âmbito da Comissão de Seguridade Social, Saúde e Família (CSSF), de uma COMISSÃO PERMANENTE DA SAÚDE, com a finalidade de acompanhar as ações e políticas do Poder Executivo, e igualmente, contribuir, no âmbito das funções legislativas e fiscalizadora, propondo, quando necessário, projetos de leis e recomendações visando à melhoria no atendimento do Sistema Único de Saúde.

Sala das Sessões, 13 de março de 2019

Deputada CARMEN ZANOTTO



II – COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

Presidente: Deputada Carmen Zanotto.

Relator geral: Deputado Luiz Antônio de Souza Teixeira Jr.

Relatores setoriais: Gestão, Recursos e Planejamento – Dep. Adriana Ventura; Prevenção e Promoção da Saúde – Dep. Leandre e Dep. Enéias Reis; Atenção Básica – Dep. Dra. Soraya Manato; Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) – Dep. Tereza Nelma e Dep. Dr. Zacharias Calil; Assistência Farmacêutica – Dep. Dr. Frederico de Castro.

Constituída em: 27/03/2019 (por meio do Requerimento 01/2019/CSSF, subscrito pelos Deputados Pedro Westphalen, Geovania de Sá, Marco Bertaiolli, Célio Silveira e Afonso Hamm; aprovado em 27/03/19).

Instalada em: 27/03/2019.

Prazo: sessão legislativa de 2019.

Nº de membros: 12 titulares e 12 suplentes.

TITULARES	SUPLENTES
Dep. Carmen Zanotto – PPS/SC	Dep. Sérgio Vidigal - PDT/ES
Dep. Tereza Nelma - PSDB/AL	Dep. Dr. Luiz Antônio Teixeira Junior - PP/RJ
Dep. Eduardo Braide - PMN/MA	Dep. Dra. Soraya Manato - PSL/ES
Dep. Adriana Ventura - NOVO/SP	Dep. André Janones - AVANTE/MG
Dep. Dr. Luiz Ovando - PSL/MG	Dep. Pastor Gildenemyr - PMN/MA
Dep. Célio Silveira – PSDB/GO	Dep. Pompeo de Mattos- PDT/RS
Dep. Olival Marques – DEM/PA	Dep. Celina Leão - PP/DF
Dep. Enéias Reis – PSL/MG	Dep. Policial Katia Sastre – PR/SP
Dep. Dr. Frederico - PATRI/MG	Dep. Ricardo Barros – PP/PR
Dep. Milton Vieira - PRB/SP	Dep. Afonso Hamm – PP/RS
Dep. Leandre - PV/PR	Dep. Dr. Zacharias Calil - DEM/GO
Dep. Rosângela Gomes – REP/RJ	Dep. Luciano Ducci

Secretária: Ariadna Edenice de Mendonça Vasconcelos.

Local: Anexo II Pavimento Superior Ala A Sala 145. Telefone: 3216-6791.

Assessoria técnica na elaboração do relatório: Consultores Legislativos – Cláudio Viveiros de Carvalho, Fábio de Barros Correia Gomes, Gustavo Silveira Machado, Mariza Mendes Laverda Shaw, Rodolfo Costa Souza.

Assessoria do gabinete do Relator: Igor Manuel Moreira Lima.

Endereço no sítio da Internet da Câmara dos Deputados:

<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/subcomissoes-2019/subcomissao-permanente-de-saude>.



III – INTRODUÇÃO

Nesses trinta anos de existência do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis nºs 8080/1990 e 8142/1990, ainda que os avanços sejam inegáveis estamos longe de garantir à população o que está no texto legal e em especial no artigo 196 da Constituição.

O contexto em que o sistema de saúde brasileiro se encontra é desafiador e, em geral, caracterizado pelo subfinanciamento, e pela necessidade da melhoria da gestão e ainda pela incompleta adoção de modelo fundamentado numa atenção básica fortalecida e integrada a outros níveis de atenção.

O nosso sistema de saúde tem importância imensurável para a nossa população. De acordo com o Ministério da Saúde, mais de 160 milhões de brasileiros são usuários do SUS. Os estrangeiros residentes e aqueles que estão em viagem pelo País também são atendidos por esse sistema. A Subcomissão tem papel fundamental na avaliação dos avanços já obtidos e os que ainda temos que alcançar, em especial no enfrentamento do subfinanciamento da saúde, o que na maioria das vezes resulta em emergências superlotadas, filas de espera intermináveis e dificuldades de manutenção das unidades prestadoras de serviços do SUS.

Como exemplificamos acima, ainda não temos o sistema que os gestores das três esferas de Governo, usuários, e nós parlamentares, e defensores da saúde desejamos. Assim sendo, o papel dessa Subcomissão é ouvir os segmentos por meio das audiências públicas, propor o debate para o aprimorando da legislação, bem como o acompanhamento, execução e implementação do orçamento público da saúde.

As dificuldades da saúde foram extensamente debatidas e diagnosticadas, conforme o histórico dos trabalhos prévios realizados por colegiados da Câmara dos Deputados, como por exemplo:

a) a Subcomissão especial da CSSF de 2011, destinada a tratar do financiamento, reestruturação da organização e funcionamento do SUS;¹

¹ O relatório da Subcomissão do SUS (2011) está disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca->



b) a Comissão especial sobre financiamento da saúde pública (CESAÚDE), que funcionou em 2013;²

c) o Grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM), objetivando o levantamento da situação dos hospitais de urgências médicas do SUS, de 2014;³ e

d) a Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do SUS, de 2015.⁴

Diante da quantidade de informações já produzidas nesta Casa, esta Subcomissão Permanente de Saúde (SUBSAÚDE), atualizou os dados diagnósticos e priorizou a busca de soluções.

Para facilitar a operacionalização dos trabalhos, os mesmos foram divididos nos seguintes eixos temáticos:

- “Gestão, Recursos e Planejamento”;
- “Prevenção e Promoção da Saúde”;
- “Atenção Básica”;
- “Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)”;
- “Assistência Farmacêutica”.

Para cada eixo foram designados relatores setoriais, que contribuíram com subsídios ao relator geral.

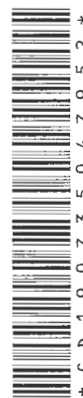
Dentro de cada eixo foram destacados temas específicos, de acordo com as prioridades percebidas pelos membros da SUBSAÚDE; particularmente neste ano, de elaboração de um novo Plano Plurianual – PPA -

[a-comissao/subcomissoes/relatorio-final-do-subsus-segunda-versao](#). Documentos e vídeos das atividades dessa Subcomissão estão registrados em comunidade virtual do E-Democracia, disponível em: <http://edemocracia.camara.gov.br/web/sus/inicio>.

² A página da Comissão Especial no sítio da Internet da Câmara dos Deputados disponibiliza documentos e atividades da CESAÚDE (2013) está disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/financiamento-da-saude-publica>.

³ O relatório do Grupo de Trabalho da CDH (2014) está disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A1497CED940149A5BA1A44432D>.

⁴ O relatório da Subcomissão especial de 2015 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conhecimentos-a-comissao/subcomissoes/subcomissoes-2015/subsus/relatorio-final-da-subcomissao-subsus>.



(que demanda aprovação pelo Congresso Nacional), o qual será a base para o novo Plano Nacional de Saúde, para o período 2020 – 2023 (aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde). Os mencionados eixos foram usados para orientar a organização das audiências públicas realizadas pela Subcomissão, além das reflexões e recomendações deste relatório.

As questões específicas que compuseram o plano de trabalho para cada um dos eixos temáticos são apresentadas no **apêndice A**.

Vale destacar que este relatório representa um marco no retorno das atividades deste colegiado, visto que, entre 2016 e 2018, não há registro de relatório de atividades desta subcomissão e quando houve relatório, muitas de suas recomendações não foram implementadas.

As duas seções seguintes listam as reuniões e audiências públicas realizadas e apresentam as sínteses das informações obtidas nas mesmas, segundo os eixos temáticos.

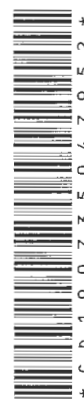
Em seguida, são apresentadas outras fontes de informação para este relatório, como o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS e levantamento sobre proposições em tramitação, de interesse dos eixos temáticos. Finalmente, são apresentadas as considerações e conclusões relevantes para o desenvolvimento do SUS e as recomendações.

O **apêndice B** apresenta dados sobre o SUS encaminhados pelo Ministério da Saúde e o **apêndice C** informa sobre um subproduto relacionado à divulgação periódica de dados de interesse do setor saúde: o Observatório da Subcomissão.



IV – LISTA DE REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

07.5.19	<p>Reunião Deliberativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação Plano de Trabalho • Designação de Relatores dos Eixos Temáticos
14.5.19	<p>Reunião Deliberativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de Requerimentos • Designação de relatores
21.5.19	<p>Reunião Deliberativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de Requerimento • Designação de relatores • Apresentação dos consultores dos eixos temáticos
19/05/2019	<p>Expedido OF. 121/2019 da Subcomissão Permanente de Saúde com a CSSF ao Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, encaminhando sugestão de prorrogação do contrato dos médicos, do programa mais médicos, daqueles municípios cujos contratos estão prestes a vencer.</p>
18.6.19	<p>Reunião Deliberativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de Requerimento
26/06/2019 Quarta- feira 8h Local:CD	<p>Café da Manhã da Subcomissão Permanente de Saúde com a Frente Parlamentar Mista da Saúde</p>
<p>Dia 04/07/2019 quinta- feira 9h às 13h</p> <p>Local: CD Plenário16</p>	<p>Reunião de Trabalho Req. 148/2019</p> <p>9h às 11h - Eixo Temático: Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC) Relatora: Dep. Tereza Nelma (PSDB/AL) Relator Substituto: Dep. Dr. Zacharias Calil (DEM/GO) Convidados participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcelo Oliveira – Diretor do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde. • Neide glória Garrido – departamento de regulação avaliação e controle do ministério da saúde <p>11 às 13h - Eixo Temático: Atenção Básica Relatora: Dep. Dra. Soraya Manato (PSL/ES) Relator Substituto: Dep. Pompeo de Mattos (PDT/RS) Convidados participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erno Harzheim, Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;



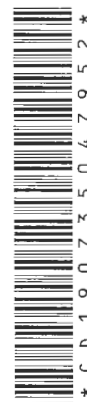
	<ul style="list-style-type: none"> Caroline Martins José dos Santos - Diretora de Programa da Secretaria de Atenção Primária de Saúde a Família, do Ministério da Saúde
07/08/2019 Quarta-feira 8hs Local: Plenário 9	Reunião de Deliberativa da Subcomissão Pauta: Deliberação de Requerimentos
Dia 08/08/2019 quinta-feira 9h às 13h Local: Câmara dos Deputados Plenário a definir	Reunião de Trabalho - Req. 148/2019 9h às 11h - Eixo Temático da Assistência Farmacêutica Relator: Dep. Dr. Frederico de Castro (PATRI_MG), Relator Substituto: Dep. Pastor Gildenemyr (PMN/MA). Convidada que participou: <ul style="list-style-type: none"> Sandra de Castro Barros, Diretora do Departamento de Assistência Farmacêutica 11h às 13h - Eixo Temático: Gestão, Recursos e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP) Convidado: Convidado que participou <ul style="list-style-type: none"> Arinaldo Bomfim Rosendo – Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde
Dia 15/08/2019 quinta-feira 14 às 17h-	Reunião de Audiência Pública do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura REQ 250/2019 SUBSAÚDE - Req. 3/2019 – Dep. Adriana Ventura Tema: Financiamento da Saúde pelo Entes Federados Convidados que participaram: <ul style="list-style-type: none"> FERNANDO ZASSO PIGATTO, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) WILAMES FREIRE BEZERRA, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA, Representante da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
22/08/2019 quinta-feira 14h	Reunião de Audiência Pública do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura REQ 251/2019 SUBSAÚDE - Req. 4/2019 – Dep. Adriana Ventura Tema: Revisão de Instrumentos de Gestão do SUS Convidados que participaram: <ul style="list-style-type: none"> JOSAFÁ DOS SANTOS, Representante do Ministério da Saúde; MOYSÉS LONGUINHO TONIOLO DE SOUZA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) LEONARDO MOURA VILELA, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) NILO BRETAS, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)



<p>Dia 29/08/2019 quinta- feira 09h30</p>	<p>Reunião de Audiência Pública REQ 254/2019 SUBSAÚDE - Req. 7/2019 – Dep. Adriana Ventura</p> <p>Audiência do Eixo Temático da Assistência Farmacêutica Relator Dep. Dr. Frederico Tema: Situação da Assistência Farmacêutica no País Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALVIMAR BOTEGA, Representante do Ministério da Saúde, • GUSTAVO MENDES LIMA SANTOS, Representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; • DR. FRANCISCO BATISTA JUNIOR, Representante do Conselho Federal de Farmácia.
<p>Dia 05/09/2019 Quinta- feira 10hs</p>	<p>Reunião de Audiência Pública conjunta com a Comissão dos Direitos das Pessoas com Deficiência Req. 214/19 Subsaúde - Req. nº 1/19, da Dep. Tereza Nelma, relatora</p> <p>Audiência Pública Eixo Temático da Assistência de Média e Alta Complexidade Relatora: Dep. Teresa Nelma</p> <p>TEMA: "Concessão de órteses e próteses e meios de locomoção das PCD." Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÂNGELO ROBERTO GONÇALVES, Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde; • MARCO ANTÔNIO CASTILHO CARNEIRO, Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE • MARIA APARECIDA FERREIRA DE MELLO, Pós-doutora em Ciências da Reabilitação/Tecnologia Assistiva.
<p>Dia 10/09/2019 terça-feira 16h às 19h</p>	<p>Reunião de Audiência Pública REQ 253/2019 SUBSAÚDE - Req. 6/2019 – Dep. Adriana Ventura</p> <p>Audiência do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura Tema: Avaliação de instrumentos de planejamento federais na saúde e a criação de Plano Decenal da saúde.</p> <p>Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MARCOS MOREIRA, Representante do Ministério da Saúde; • DR. ANDRÉ LUIZ DE OLIVEIRA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • LOURDES LEMOS ALMEIDA, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • BLENDIA PEREIRA, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
	<p>Reunião de Audiência Pública</p>



<p>12/09/2019 quinta- feira 9h às 13h</p>	<p>REQ 252/2019 SUBSAÚDE - Req. 5/2019 – Dep. Adriana Ventura</p> <p>Audiência do Eixo Temático da Gestão, Recurso e Planejamento Relatora: Dep. Adriana Ventura Tema: Regionalização consórcios públicos de saúde, hierarquização de procedimentos e informatização da atenção no SUS</p> <p>Convidados que participaram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANA LUCIA DE ASSIS GURGUEL, Representante do Ministério da Saúde; • LEANDRO MANASSI PANITZ, Representante do Ministério da Saúde; • MOYSES LONGUINHO TONIOLO DE SOUSA, Representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) • RENÊ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS, Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) • NILO BRETAS, Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) • CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ, Tribunal de Contas de União (TCU)
<p>17/09/2019 Terça-feira 14hs</p>	<p>Reunião de Trabalho Req. 148/2019 9h às 11h Eixo Temático da Prevenção e Promoção da Saúde Relatora: Dep. Leandre (PV/PR) Relator Substituto: Dep. Enéias Reis (PSL/MG)</p> <p>Convidado que participou:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WANDERSON KLEBER DE OLIVEIRA, Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
<p>15/10/2019 Terça-feira 14hs</p>	<p>Reunião Técnica de Trabalho Foram apresentados Relatórios dos seguintes eixos temáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestão, Recursos e Planejamento</u> – Relatora: Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP) • <u>Atenção Básica</u> Relatora: Dep. Dra. Soraya Manato (PSL/ES) Relator Substituto: Dep. Pompeo de Mattos (PDT/RS) • <u>Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)</u> Relatora: Dep. Tereza Nelma (PSDB/AL) Relator Substituto: Dep. Dr. Zacharias Calil (DEM/GO) • <u>Assistência Farmacêutica</u> Relator: Dep. Dr. Frederico de Castro (PATRI_MG), Relator Substituto: Dep. Pastor Gildenemyr (PMN/MA).
<p>05/11/2019 Terça-feira 14h30</p>	<p>Reunião Deliberativa Ordinária</p> <p>Foi apresentado Relatório-Geral relativos aos 5 eixos temáticos da Subcomissão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestão, Recursos e Planejamento</u> – Relatora: Dep. Adriana Ventura (NOVO/SP) • <u>Atenção Básica</u>



	<p>Relatora: Dep. Dra. Soraya Manato (PSL/ES) Relator Substituto: Dep. Pompeo de Mattos (PDT/RS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Assistência de Média e Alta Complexidade (MAC)</u> Relatora: Dep. Tereza Nelma (PSDB/AL) Relator Substituto: Dep. Dr. Zacharias Calil (DEM/GO) • <u>Assistência Farmacêutica</u> Relator: Dep. Dr. Frederico de Castro (PATRI_MG), Relator Substituto: Dep. Pastor Gildenemyr (PMN/MA). • <u>Prevenção e Promoção da Saúde</u> Relatora: Dep. Leandre (PV/PR) Relator Substituto: Dep. Enéias Reis (PSL/MG) • Foi concedido Vista conjunta do Relatório-Geral a todos os membros da Subcomissão Permanente de Saúde
<p>12/11/2019 Terça-feira 10hs</p>	<p>Reunião Deliberativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão e aprovação do relatório final.



V – SÍNTESES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Seguem-se as sínteses dos principais tópicos apresentados pelos convidados, além dos debates com os parlamentares, de cada uma das audiências públicas realizadas na Subcomissão, segundo as áreas de relatorias setoriais.

V.1 Atividades do eixo de Gestão, Recursos e Planejamento

São apresentadas as sínteses dos principais tópicos apresentados pelos convidados, além dos debates com os parlamentares, de cada uma das audiências públicas realizadas no eixo de Gestão, Recursos e Planejamento.

V.1.a. Audiência sobre Financiamento da Saúde pelos Entes Federados

Nessa audiência (15/08/2019) participaram: Fernando Zasso Pigatto (Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS); René José Moreira dos Santos (representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS); Wilames Freire Bezerra (Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS); José Agenor Álvares da Silva (representante da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz).

O vídeo desta audiência está disponível em:⁵

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56796>.

Fernando Pigatto, com base em subsídios da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do CNS, salientou pontos prioritários para o debate (inclusive com base nas discussões da 16ª Conferência Nacional de Saúde, observando os prazos para que as contribuições possam influenciar na elaboração do Plano Plurianual e o Plano Nacional de Saúde).

Destacou o subfinanciamento da saúde e, mais recentemente, seu desfinanciamento, a partir da Emenda Constitucional 95/16 (o teto geral das despesas primárias foi “congelado” no valor de 2016 e será atualizado somente pela variação anual do IPCA até 2036, estimando as **perdas federais do**

⁵ O arquivo usado na apresentação do CNS em 15/08/19 está disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/copy_of_CNSFernandoPigato.ppt.



SUS em mais de R\$ 400 bilhões até 2036, em comparação com regra em vigor antes da EC 95/16). Reconheceu a necessidade de melhoria na gestão do SUS, sem, contudo, excluir o debate da melhoria do financiamento. Mencionou um aumento na mortalidade infantil no País.

Defendeu: a revogação da EC 95/16; a aprovação da PEC 01/15 (que foi aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados em abril de 2016 e aloca de forma escalonada - em sete anos -, 19,4% da receita corrente líquida como piso federal do SUS, resgatando as bases do Projeto de Iniciativa Popular “Saúde + 10”); novas fontes de financiamento exclusivas para o SUS, com revisão ou criação de tributos (a Contribuição sobre Grandes Transações Financeiras e a tributação sobre grandes fortunas para o financiamento da seguridade social, com rateio específico para a saúde, bem como aumentar as alíquotas da tributação sobre bebidas açucaradas, álcool, tabaco, motocicletas, como meio de fortalecer as fontes de financiamento exclusivas da seguridade social, e do SUS em particular); a revisão da renúncia de receita (gasto tributário atualmente estimado em cerca de R\$ 400 bilhões, por meio de uma avaliação do efetivo cumprimento das contrapartidas legalmente estabelecidas para a sociedade por parte dos beneficiários das renúncias, bem como revisão da isenção concedida no imposto de renda sobre os rendimentos das pessoas físicas oriundas de dividendos); garantir a partilha dos recursos do Pré-Sal para saúde e educação (como aplicação adicional ao mínimo) no contexto das perdas decorrentes da EC 95; e a retomada do crescimento econômico.

René Santos abordou o histórico do financiamento da saúde, que destacou como insuficiente, os problemas da transição demográfica, os desafios da descentralização e da crise fiscal e econômica. Salientou que o debate sobre o modelo de atenção à saúde (incluindo o fortalecimento da atenção primária e definição de política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar) deve fundamentar o debate sobre financiamento. Também é preciso debater o modelo de gestão, que gradativamente foi construído, a partir da municipalização e, atualmente, é central a questão da regionalização. Defendeu um **novo pacto tributário e sanitário de responsabilidade entre os entes federados e clareza para a sociedade sobre os resultados almejados**. Comentou a redução relativa da participação da União no financiamento da saúde e salientou a necessidade de promover a saúde como direito de cidadania. Recomendou a contratualização do cuidado (a exemplo do que ocorre em sistema de saúde universais, como o do Reino Unido), considerando o custo, qualidade e o desfecho do tratamento, para



além de pagamentos por procedimentos. Mencionou que os usuários possuem direitos, mas também deveres em relação ao sistema de saúde.

Wilames Bezerra indicou o considerável volume de procedimentos de atenção à saúde realizados pelo SUS. Na área do financiamento destacou que a União mantém um gasto constante de 1,7% do PIB, enquanto os outros entes têm aumentado essa proporção; e que entre 2003 e 2017 o valor dos subsídios da União com despesas (benefícios financeiros e creditícios) e receitas (gastos tributários) foi de quatro trilhões de Reais. Em 2015, a carga tributária total correspondeu a 32,7% do PIB, com maior concentração na União. A aplicação em ações e serviços públicos de saúde têm se mantido superior ao mínimo requerido, contudo os municípios chegam a aplicar 31% a mais.

Reconheceu as conquistas da saúde pública, o momento de crise econômica e indicou as seguintes necessidades de avanço: no atendimento às necessidades de saúde população; na atenção às especificidades regionais; no planejamento e orçamento ascendente; no planejamento regional integrado; na autonomia dos entes federados; na ampliação do financiamento; na gestão de custo; na eficiência no planejamento, gestão e execução recursos; e na autonomia na utilização dos recursos financeiros (caixa único e repasse único). Destacou a necessidade de **resolver o problema da judicialização envolvendo os três níveis da federação**, mas particularmente no nível municipal em que gestores estão sujeitos a atender demandas rapidamente, sob pena de multa e até prisão, gerando situações em que outros setores da saúde ficam prejudicados.

José Agenor Silva abordou o desenvolvimento da política de saúde no Brasil desde antes da criação do SUS e o impacto negativo da EC 95/16 no financiamento da saúde no curto e no longo prazo. Ressaltou que em todos os governos houve subfinanciamento da saúde e que há necessidade de **politizar na sociedade a questão do SUS, como direito de cidadania**, a exemplo do que ocorre no Reino Unido. Destacou que tal sistema de saúde não é perfeito, mas há uma disposição para resolver os problemas. Também mencionou que há pessoas resistindo em serem gestores da saúde, devido aos excessos de mecanismos de cobrança.

V.1.b. Audiência sobre Revisão de Instrumentos de Gestão do SUS



Nessa audiência (22/08/2019) participaram: Josafá dos Santos (representante do Ministério da Saúde), Moysés Longuinho Toniolo de Souza (representante do CNS), Leonardo Moura Vilela (representante do CONASS), Nilo Bretas (representante do CONASEMS).

O vídeo desta audiência está disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56819>.^{6,7}

Josafá dos Santos informou que o Ministério da Saúde (MS) tem intensificado o controle interno. Apresentou o histórico da implantação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC – e indicou que o MS está elaborando instrumento para dar suporte à Programação de Média e Alta Complexidade (que substituirá a Programação Pactuada Integrada - PPI), o qual permitirá programação regional.

Também abordou o limite financeiro de custeio da assistência de média e alta complexidade. O Grupo de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC é composto por um teto financeiro, adicionado de incentivos permanentes de custeio, transferidos de forma regular e automática; e pelo FAEC, transferido mediante comprovação da execução dos procedimentos selecionados, por meio dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalares. Salientou que há diversos incentivos financeiros e que **o prestador não recebe apenas o valor da tabela, pois cerca de 15% do valor de recursos da MAC** (cujo valor total é de R\$ 50 bilhões) referem-se a incentivos.

Na área do controle e avaliação da assistência, destacou três sistemas de informação que considera como pilares: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que registra bilhões de procedimentos. São sistemas antigos e, por exemplo os dois últimos serão substituídos. Para tanto, há quase dois anos vem sendo elaborado o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que permitirá acompanhamento individualizado das

⁶ O arquivo usado na apresentação do CNS em 22/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaodoConselhoNacionaldeSadeMododeCompatibilidade.pdf>.

⁷ O arquivo usado na apresentação do MS em 22/08/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentadoMinistriodaSade.pdf>.



informações dos usuários (provavelmente no início de 2020 será implantado por meio de decreto).

Moysés Souza destacou o problema do subfinanciamento do SUS, os mecanismos de participação da comunidade (conselhos, conferências), os instrumentos de gestão (plano de saúde, programação anual de saúde, PPA) e de monitoramento (relatórios quadrimestrais e anuais).

Apresentou um quadro de acompanhamento de relatórios usado para monitoramento da adequação da execução orçamentária e financeira. Também salientou o papel dos conselhos na indicação aos gestores de problemas na qualidade da atenção.

Como exemplo de participação do controle social, destacou a política nacional de vigilância em saúde, elaborada em 2018, e a recente contribuição da **Conferência Nacional de Saúde, que apresentou diretrizes para a elaboração do novo PPA.**

Leonardo Vilela mencionou instrumentos de gestão utilizados por Estados, como o Plano Estadual de Saúde (quadrienal e elaborado no primeiro ano da gestão), a Programação de Ações e Serviços de Saúde (equivalendo à Lei Orçamentária Anual) e o Relatório Anual de Gestão; os quais considera adequados. Considerou que a Tabela SUS apresenta muitas distorções, pois em alguns procedimentos houve reajuste e adição de incentivos, mas para outras, não. Ao que parece, a tabela seria reativa ao poder de pressão de prestadores. Também mencionou que a tabela remunera por doença, de certa forma, pode estimular desvios. Considerou que a tabela foi relevante no período pré-SUS, mas que atualmente apresenta muitas distorções. Citou experiência que se inicia na saúde suplementar de pagamento por desempenho, conforme indicadores de saúde, que considera ser o caminho a seguir. Para tanto, seria necessária a liderança do MS. Também citou Portugal como exemplo de financiamento por desempenho.

Sobre a **informatização, mencionou sua relevância para a segurança do paciente e para a economicidade** (por exemplo, reduzindo a repetição de exames complementares). Contudo há grandes gargalos no Datasus.

Sobre **parcerias com o terceiro setor e com o setor privado, destacou a experiência do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi)**, gerido pelo MS com apoio do Conass e do Conasems, o qual aproveita a experiência de cinco hospitais de



referência (Sírio Libanês, Albert Einstein, Moinhos de Vento, Oswaldo Cruz e Hospital do Coração) na área de gestão. Nesse programa, o Conass desenvolve quatro programas: fortalecimento da gestão estadual do SUS, qualidade do cuidado e segurança do paciente na atenção primária à saúde, organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde e o cuidado farmacêutico no componente especializado da assistência farmacêutica.

O Conass também criou o Programa de Apoio a Secretarias Estaduais de Saúde que prevê 16 programas específicos, como a planificação, a regionalização, os consórcios e a educação em saúde. Contudo, destacou **a alta rotatividade de secretários de saúde, o que prejudica a continuidade dos trabalhos. Outros fatores dificultadores citados foram: as ingerências políticas, a “ditadura do controle” (que está afastando bons gestores) e a redução relativa da participação da União no financiamento da saúde.**

Sobre algumas influências negativas de iniciativas do Legislativo, destacou emendas não inseridas num planejamento dos gestores.

Nilo Bretas indicou que há variação da capacidade governativa (pouca governança e pouca governabilidade) dos entes federados e que há pouca autonomia para gestores, por questões que se relacionam ao Judiciário, ao Legislativo e à relação interfederativa. Nesse contexto de complexidade democrática, o Conasems tem buscado qualificar os gestores. Citou como exemplos: o manual do gestor (que contém normas); o manual on-line (uma plataforma de educação à distância); os apoiadores regionais (até agora, com apoio do Proadi, para orientar novos gestores); apoio ao controle de arboviroses; curso de direito sanitário; ferramenta de encerramento da gestão (com apoio da Unasus), além de parcerias com entidades de prefeitos.

Salientou que **a regionalização é a única forma de garantir acesso e integralidade**, contudo há questões na esfera política, que dificultam a elaboração de planos regionais. Sobre a proposta de um Plano Decenal da Saúde, é favorável à existência de metas de mais longo prazo, contudo, apontou preocupação em se retirar o caráter ascendente do planejamento.

V.1.c. Audiência sobre o Planejamento Federal na Saúde e criação do Plano Decenal da Saúde



Nessa audiência (10/09/2019) participaram: Marcos Moreira (representante do Ministério da Saúde), Dr. André Luiz de Oliveira (representante do CNS), Lourdes Lemos Almeida (representante do Conass) e Blenda Pereira (Conasems).

O vídeo desta audiência está disponível em^{8,9,10,11}

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56894>.

André Oliveira observou a complexidade do sistema de saúde do Brasil, expressa nas transições: cultural, demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. Destacou o grande volume de produção do SUS.

Com relação ao acompanhamento, salientou instrumentos para monitoramento da política fiscal (PPA, LDO, Lei Orçamentária Anual, relatórios de gestão fiscal – quadrimestrais - e de execução orçamentária - bimestrais) e da política de saúde (Plano de Saúde - quadrienal -, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas - quadrimestrais – e o Relatório Anual de Gestão - RAG).

Sobre a proposta de **plano decenal**, ainda não houve debate sobre o tema no **CNS**, contudo **vê com bons olhos os dispositivos que prevêm a participação do CNS, contudo há preocupação com o financiamento para dar continuidade ao que for planejado**. Mencionou que o CNS poderá discutir o tema até novembro. Indicou que, a princípio, a proposta de plano decenal considera a participação do controle social.

Reiterou as propostas apresentadas pelo presidente do CNS.

Lourdes Almeida abordou o planejamento do SUS destacando os modelos de atenção, de gestão e de financiamento. Observou que **a regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde**, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade

⁸ O arquivo usado na apresentação do CNS em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCNSMododeCompatibilidade.pdf>.

⁹ O arquivo usado na apresentação do Conasems em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCONASEMS.pdf>.

¹⁰ O arquivo usado na apresentação do Conass em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoCONASS.pdf>.

¹¹ O arquivo usado na apresentação do MS em 10/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/ApresentaoMinistrioSade.pdf>.



das ações e serviços de saúde. O Planejamento Regional Integrado (que faz parte do Plano Estadual de Saúde) determina a forma de organização do sistema de saúde no território e, a partir de um conjunto de diretrizes, objetivos e metas, define as ações e serviços de saúde destinados à garantia do acesso e da resolubilidade da atenção à saúde da população no espaço macrorregional, onde a Rede de Atenção à Saúde se completa.

Identificou os seguintes desafios para o planejamento regional: redução da iniquidade no acesso da população às ações e serviços de saúde; estabelecimento de consensos sobre resolutividade, acesso, escala, regulação, responsabilidades individuais e compartilhadas na região de saúde (CIR) e na macrorregião de saúde (CIB); identificação dos vazios assistenciais e definição dos investimentos necessários (recursos das emendas parlamentares); e implantação dos mecanismos de governança regional. Para promover o planejamento, o Conass criou o Programa e Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (Pases), o qual possui quatro eixos: planejamento e gestão; regionalização e organização de redes de atenção à saúde; vigilância e promoção da saúde; e gestão do trabalho e da educação em saúde. Alguns dos projetos são apoiados pelo Proadi. Todos os Estados possuem os seus mapas estratégicos.

Destacou o **papel dos consórcios como relevantes prestadores de serviço ao SUS**. Considerou que o planejamento regional integrado é um planejamento ascendente e questionou se o plano decenal representaria um ganho.

Blenda Pereira destacou normas relacionadas ao planejamento (Lei nº 8.142/90; Decreto 7.508/11; Lei Complementar 141/2012) e indicou os principais instrumentos de planejamento do SUS: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do quadrimestre anterior (RDQA). Esses instrumentos dialogam com instrumentos orçamentários.

Observou que **o planejamento ascendente está previsto nas Leis 8080/90 e 141/12, mas que ainda não foi alcançado**. Os principais impeditivos são: rotatividade da gestão; subfinanciamento e criação de inúmeras formas de repasse realizadas desde a década de 90; o desfinanciamento federal; vasta quantidade de normas (17 mil normas relacionadas ao gabinete do Ministro); criação das formas restritas de repasse de recursos federais, possibilitaram a interferência nos demais no processo de planejamento nos Municípios (muitas



vezes não conseguem atender às necessidades locais, o que vem gerando saldos financeiros significativos nas contas municipais e estaduais).

Os gestores municipais participam da elaboração do Plano Nacional de Saúde por meio do CNS.

Considerou que há necessidade de: fortalecer os instrumentos de planejamento existentes (não vê necessidade de criar outros); de manter a ascendência do planejamento, considerando desta forma as necessidades locais e regionais; desburocratizar os repasses; e garantir financiamento sustentável para manutenção das ações e serviços de saúde previstos.

Marcos Moreira descreveu as características do PPA e do Plano Nacional de Saúde, que são instrumentos quadrienais, que se encontram alinhados (em termos de objetivos e metas). Citou a base legal (muitas mencionadas nesta audiência, salientando a Portaria de Consolidação nº1/2017, detalha questões relevantes para o planejamento).

O PPA 2020-2023 será alinhado ao PNS apenas ao nível de objetivos, pois o detalhamento tático do PPA passa a ser realizado no PNS. Os objetivos relacionados ao SUS passaram de 13 para 7, com apenas uma meta e um indicador para cada objetivo. Ou seja, o PPA relacionado ao SUS passará a ter 7 metas (antes eram 120).

Com relação à criação de um plano decenal, considerou que o PPA e PNS deixam de ter alinhamento temporal. Seriam necessárias mudanças no regramento próprio do MS (Portaria de Consolidação nº1/2017. Na sua visão, o PNS deixaria de fazer o detalhamento tático (no nível de metas) do PPA ou seria mais difícil de operar. Seriam necessárias adaptações nos sistemas de monitoramento e possivelmente, seria um instrumento mais geral, menos detalhado, focado em grandes estratégias. Enfim, considerou que o modelo atual está adequado, mas indicou que há outros setores do MS que seriam favoráveis.

Comentou sobre o **grande volume de recursos relacionados à judicialização (só no nível federal seria em torno de R\$ 7 bilhões)** e algumas iniciativas para abordá-la, como: a elaboração de protocolos clínicos, discussão com juízes e tribunais, a incorporação de tecnologia no SUS (aumenta o poder de barganha).



V.1.d. Audiência sobre Regionalização e Consórcios Públicos de Saúde

Nessa audiência (12/09/2019) participaram: Ana Lucia de Assis Gurguel e Leandro Manassi Panitz (representantes do Ministério da Saúde), Renê José Moreira dos Santos (representante do Conass), Nilo Bretas (representante do Conasems), Moyses Longuinho Toniolo de Sousa (representante do CNS), Carlos Augusto de Melo Ferraz (representante do Tribunal de Contas da União – TCU).

O vídeo desta audiência está disponível em:¹²

<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56895>.

A Deputada Leandre comentou sobre o histórico dos consórcios de saúde no Paraná, indicando que são resolutivos, mas que custam caro aos municípios (que, em geral custeiam 87%, o Estado, 1%, e a União, 12%). Também informou que **a produção dos consórcios é subrepresentada no CNES** e sugeriu que emendas pudessem ser direcionadas a consórcios, para auxiliar na regionalização.

O Deputado Dr. Frederico mencionou que consórcios funcionam bem em Minas Gerais. Citou o caso de um município que era sede de uma região em que havia um consórcio, mas que não aderiu ao mesmo. Os municípios vizinhos, que aderiram, apresentaram boa qualidade de atenção especializada, enquanto que o município sede apresentava dificuldades. Entretanto isso elevou muito os gastos dos municípios que aderiram. Observou que há um **aumento dos gastos administrativos na saúde** (a que associou a uma burocratização excessiva do controle), bem maior que os gastos assistenciais.

Renê Santos especificou o contexto histórico da regionalização, que foi intensificada após uma ênfase inicial no SUS da municipalização. **A regionalização contribuiu para um resgate do papel dos Estados no SUS.** A edição da Portaria 4279/10, que aborda as redes de atenção à saúde, também reforçou a necessidade de regionalização.

Na discussão da regionalização, o Conass destaca o modelo de gestão e organização, com clara definição do território sanitário (em regiões sanitárias), que facilita um planejamento regional integrado. Também relevantes são as definições sobre a atenção especializada (que tem sido área de atuação

¹² O arquivo usado na apresentação do TCU em 12/09/19 está disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/TCUCARLOS.pdf>.



destacada dos consórcios municipais de saúde na oferta desse tipo de serviço de saúde). A Lei 11.107/05, regulamentou a contratação de consórcios públicos, contudo não era específica para a saúde, mas indicou que os consórcios de saúde deveriam seguir os princípios do SUS.

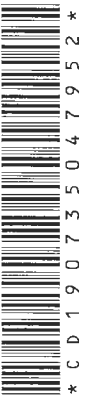
Observou que **há ausência de uma política nacional que trate da média complexidade ambulatorial e hospitalar**, enquanto existem políticas para a atenção primária e para a alta complexidade. Isso reflete-se numa falta de financiamento do cuidado, privilegiando o financiamento da produção. Essa situação não se modificará pela forma de registrar a produção dos consórcios, mas por nova forma de financiamento da média complexidade ambulatorial e hospitalar. Desse modo poderemos enfrentar as listas de espera, as consultas especializadas, os exames especializados, as cirurgias eletivas.

Também destacou que a discussão da regionalização precisa considerar o modelo de atenção à saúde, vinculado à atenção primária, e o conhecimento do volume de recursos que está sendo gasto pelos três níveis da federação na média complexidade (por vezes pulverizados e não reconhecidos pelo sistema), considerando redistribuição, para aumentar a eficiência. Os consórcios precisam atuar para atender necessidades identificadas no planejamento em regiões sanitárias definidas; sendo o financiamento adequado ao planejamento regional integrado, como parte do Plano Estadual de Saúde. É preciso esclarecer que consórcio não faz gestão, mas é um instrumento para atender as demandas da gestão. Sugeriu que emendas parlamentares deveriam observar o planejamento regional integrado.

Sobre **a informatização** indicou que é importante estabelecer primeiro as necessidades do sistema de saúde, mas nomeou **processos relevantes como prontuário eletrônico e o conjunto mínimo de dados**.

Nilo Bretas mencionou o contexto histórico dos consórcios desde de antes da criação do SUS. Destacou a Portaria 4279/10, que estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS. Considerou que a governança não será realizada pelos prestadores. Há Estados com grande quantidade de municípios consorciados (PR, MG, CE), mas **a diferença entre os consórcios é grande (dependendo das regiões), até com grande variação de custos**.

Indicou que o registro da produção dos consórcios é desejável, mas não aumentará, por si, o financiamento; e que a destinação de



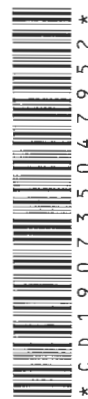
emendas parlamentares a consórcios terá que ser direcionada ao gerenciamento dos gestores do SUS.

Moyses Sousa destacou que o Decreto 7508/11, que regulamenta o SUS, prevê a **Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde**. Os consórcios precisam ser previstos em planejamentos e pactuados. Há os que não atendem apenas a atenção especializada, a exemplo de alguns que abordam ações básicas de saúde mental. Sugeriu que **a produção dos consórcios deveria estar registrada na RENASES** (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e enfatizou que o financiamento deveria ser compartilhado pelos três entes (aumentando a participação do nível federal), ressaltando o desafio de como pactuar novos serviços no contexto da EC 95/16. Também é preciso avaliar as experiências positivas e negativas dos consórcios.

Carlos Ferraz respondeu a questões formuladas previamente pela Subcomissão ao TCU. Com relação à atuação na área de consórcios e informatização nos três níveis de governo esclareceu que são realizadas fiscalizações (conformidade, operacional e financeira) por iniciativa própria (13% na área de saúde) ou denúncias e representações ao TCU (50%) ou por demanda do Congresso Nacional. Para tanto, faz uso de: levantamentos, auditorias, inspeções, acompanhamentos e monitoramentos. Quando problemas são encontrados, são realizadas recomendações aos gestores; como tem ocorrido na área de consórcios e de informatização (a maioria relacionada à conformidade de processos).

A agilização dos processos no TCU no caso da saúde é limitada pelo número de servidores da secretaria responsável pela área (Secex), que possui 52 pessoas para fiscalizar a complexa estrutura da saúde. Atualmente há déficit de auditores para cumprir as metas do TCU. Citou casos de atuação do TCU na saúde (Funasa, tratamento de doenças raras, tecnologia da informação e consórcio interestadual).

Sobre como o TCU poderia participar do planejamento das ações para garantir mais transparência e agilidade nas demandas em saúde, citou exemplo dos Estados Unidos, em que há uma lei de 1993 (Government Performance and Results Act) em que órgãos de governo precisam apresentar planos estratégicos e planos anuais de desempenho, que são debatidos nas comissões do Congresso (com apoio do órgão federal de controle). Tal lei explicita que a atividade não gera direitos subjetivos para terceiros, ou seja, a fixação e



cumprimento de metas e objetivos não são passíveis de judicialização. Informou que o **TCU elaborará um referencial para avaliação de eficiência**, que poderá ser útil aos órgãos de controle de outros níveis da federação.

Ana Lucia Gurguel reiterou que **avanços no acesso quantitativo e qualitativo no SUS envolve a discussão da cooperação entre os entes federados, a regionalização, a formação de redes de atenção e o território sanitário**. Mencionou que o MS realizará reuniões sobre a questão dos consórcios com o Conass e o Conasems.

Leandro Panitz informou que participará de grupo de trabalho que o MS criará para abordar a questão dos consórcios. Esclareceu que **não há restrição cadastrar consórcios no CNES**. Por exemplo, 214 já estão cadastrados e 47 já apresenta produção. Será verificado porque os outros não estão cadastrados, se realizam oferta de serviços de saúde ou se compram serviços. Esse segundo tipo não se enquadra no critério atual de registro no CNES (pois não é estabelecimento de saúde nem gestor), de modo que isso será discutido no referido grupo de trabalho.

Sobre a metodologia de grupos diagnósticos relacionados, usados em pagamentos por serviços de saúde, o MS tem mantido contatos com governos do Reino Unido, Dinamarca (há termo de cooperação vigente desde 2016, que foi renovado até 2020, que inclui pilotos em hospitais do SUS, por especialidades médicas), Espanha e Portugal. Esses estudos fundamentarão novas propostas de pagamento na saúde. Reconheceu que as **várias metodologias de pagamento possuem vantagens e desvantagens e que os países em geral utilizam mais de um tipo**. Além do “fee for service” o SUS utiliza o pagamento por pacote de atendimento (ex.: tratamento de pneumonia) ou por diária e a orçamentação (pode fomentar redução da oferta de serviços). Destacou que a qualidade dos registros dos atendimentos precisa melhorar (a informatização auxiliará nesse processo).

Foi consenso entre os participantes que **não há necessidade de elaborar uma política específica sobre consórcios**, pois estes são um dos instrumentos para a gestão do SUS.

V.2 Atividades do eixo de Prevenção e Promoção da Saúde

Neste eixo são apresentadas uma síntese das contribuições coletadas em audiência pública com representante do Ministério da Saúde, além



de informações relevantes obtidas a partir de documentos públicos e eventos realizados na Câmara dos Deputados em 2019.

V.2.a. Audiência com representante do Ministério da Saúde

Em 17/09/2019 foi realizada audiência pública, com a presença de Wanderson Kleber de Oliveira (Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde), que discorreu sobre os temas sintetizados a seguir.

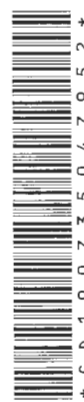
Sobre a **cobertura vacinal** indicou que o Programa Nacional de Imunizações tem tradição histórica de ação na saúde pública. Completou 46 anos (precedeu a implementação do SUS). Atualmente oferece 47 imunobiológicos, 30 vacinas, quatro imunoglobulinas e 13 soros, ao custo anual de 4,3 bilhões de reais. Estão em funcionamento 36 mil salas de vacinação no País.

Alcançou várias conquistas como a eliminação da poliomielite, da síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal. Contudo, o sarampo, eliminado em 2016, foi reintroduzido em 2019. Cada doente pode transmitir para 18 pessoas. Ocorreu surto de sarampo na Região Norte em 2018, trazido por migrantes da Venezuela. Manaus teve 8 mil casos, interrompidos em abril. A região Norte apresenta pior cobertura vacinal, pois no surto de São Paulo ocorreram três mil casos entre população bem mais numerosa.

A cobertura vacinal vem sendo reduzida desde 2010 e é heterogênea. Existem regiões de vazios ou áreas com cobertura desproporcional, sendo que mais de metade dos municípios não vêm conseguindo administrar a totalidade de imunizantes preconizados.

Constatou a necessidade de aprimoramento da informatização do calendário vacinal, bem como de integrar o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações com o prontuário eletrônico e o “e-SUS” da Atenção Básica. Referiu o desenvolvimento do DigiSUS, plataforma móvel que dará acesso às informações de saúde individuais, como vacinas recebidas.

Quanto aos antivenenos e soros, relatou problema de abastecimento da FUNED, Institutos Butantan e Vital Brasil, em virtude de reformas estruturais exigidas pela Agência Nacional de Vigilância em Saúde para a concessão do Certificado de Boas Práticas. Apenas o Butantan conseguiu recuperar a capacidade abrindo o terceiro turno de produção.



Ressaltou ser necessário ao menos um ano e meio de planejamento antes de produzir a vacina.

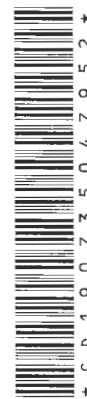
A respeito das **doenças congênitas**, apontou a necessidade de qualificar a puericultura para identificar e monitorar infecções e aprimorar exames para diagnóstico no pré-natal. Estão sendo desenvolvidas pesquisas com instituições como a Fiocruz e o Instituto Evandro Chagas para acompanhar crianças e avaliar impacto da transmissão de zika na gestação. O vírus continua circulando, como, por exemplo, em Tocantins e região Sul. A sífilis aumentou ao longo dos anos em adultos, gestantes e recém-nascidos, tendo ocorrido desabastecimento de penicilina, recentemente regularizado.

Ressaltou a relevância de aprimorar a atenção à ocorrência da síndrome STORCH+Z – Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples e Zika vírus, doenças que não apenas levam a doenças congênitas como também a mortes fetais. Estão em andamento ações para qualificar o pré-natal, de modo a identificar esses agravos. Está sendo desenvolvido sistema informação integrado de doenças congênitas e doenças raras, que permitirá estimar necessidade de implantar serviços especializados.

Com relação aos **acidentes de trânsito**, o maior impacto é a mortalidade prematura. Em 2017, houve 35.375 mortes, o que representa quatro mortes por hora e 97 por dia. Metade das mortes ocorre em jovens e adultos de 15 a 39 anos, sendo 58% de motociclistas (uma preocupação que vem crescendo), pedestres e ciclistas. Assinala-se, ainda, a interiorização dos acidentes, que passaram a preponderar em regiões metropolitanas ao invés de se concentrarem nas capitais.

Os acidentes de trânsito provocam sobrecarga e custos elevados aos serviços de saúde. Apresentou dados preocupantes. Em 2018, ocorreram 185 mil internações no SUS, 507 por dia e 21 por hora, 58% por acidentes com motociclistas e quase 30% tiveram sequelas físicas como amputação ou traumatismo cranioencefálico.

A resposta do SUS foi a criação do Projeto Vida no Trânsito, lançado em 2010, como parte de iniciativa internacional coordenada pela Organização Mundial da Saúde. A ênfase é sobre fatores de risco nacionais, como: dirigir após consumo de bebida alcoólica, velocidade inadequada e motociclistas, além de outros de caráter local. Observou-se redução de 30% de óbitos por



acidentes de transporte terrestre em 15 capitais, com destaque para Aracaju, Porto Velho e São Paulo.

Além das audiências públicas realizadas por esta Subcomissão, informações relevantes para o objeto da mesma foram coletadas a partir de documentos públicos e eventos realizados na Câmara dos Deputados em 2019, além de reflexões adicionais sobre tópicos relevantes pela Relatoria deste eixo.

V.2.b. Tópicos relevantes

Outro tema de salutar importância a ser desenvolvido dentro da **promoção e prevenção da saúde é a primeira infância**, período compreendido do zero aos seis anos.

Um tema que salta e mencionado anteriormente são os índices de obesidade que vem acometendo nossas crianças. Isto porque, segundo o Ministério da Saúde¹³, 12,9% das crianças brasileiras de 5 a 9 anos são obesas e que um total de 75% de crianças apresenta a grande probabilidade de ser um adolescente acima do peso.

Neste sentido, é importante que haja – principalmente nos primeiros dias e anos de vida – um grande incentivo ao aleitamento materno e para uma alimentação saudável, além de estimular o hábito de atividades físicas.

É relevante mencionar, também, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense, e conta com a parceria de dezenas de universidades e instituições públicas de todo o Brasil. Deste modo:

É uma pesquisa científica domiciliar com crianças menores de cinco anos que tem como objetivo estimar e avaliar parâmetros relacionados às práticas de aleitamento materno, ao consumo alimentar, ao estado nutricional antropométrico e à epidemiologia das deficiências de micronutrientes, segundo macrorregiões do país, zonas rural e urbana, faixa etária e sexo.

A ideia é que todos os dados recolhidos ensejam a produção de políticas públicas e estratégias com efetividade, já que são ouvidas pessoas de

¹³ <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45494-obesidade-infantil-traz-riscos-para-a-saude-adulta>



todas as localidades do país, com as mais diferentes realidades. Segundo o cronograma disponibilizado¹⁴, os dados e treinamentos se encerram em setembro de 2019.

Outra questão a ser debatida são quando as crianças estão expostas a extrema pobreza, o que compromete todo seu desenvolvimento, inclusive no que cerne a questão de sua estatura e questões neurológicas. A série “*The Lancet’s new Series, Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*” revela que ações que desenvolvem a promoção à saúde na primeira infância (saúde, nutrição, cuidados, segurança e aprendizagem precoce) poderiam custar apenas 50 centavos de dólar por criança ao ano, caso fossem combinadas aos serviços já existentes, como o de saúde.

E, infelizmente, nosso país conta tanto com o cenário da obesidade infantil, quanto com a extrema pobreza. Os dois, sem dúvidas, oneram o sistema de sobremaneira quanto tratados posteriormente, já como doenças, e não no “tempo correto”, dentro da promoção e prevenção da saúde.

Ressalta-se a importância de dois aspectos, que podem contribuir para a mudança de cenários no Brasil:

- a) Da resposta do governo ao acolher a Indicação da Frente Parlamentar para priorizar no PPA 2020-2023 a agenda primeira infância como estratégica e transversal, tendo sido criado o programa Atenção Integral às Primeira Infância – 5024
- b) E a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. O objetivo é promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

¹⁴ <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/cronograma-do-treinamento-central-e-de-antropometria/>



A **promoção e prevenção para a pessoa idosa destaca-se**, diante da tendência mundial da transição demográfica, com 18% da população com mais 65 anos, vem ocorrendo a inversão no modelo de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A adoção de iniciativas que propiciem boas condições de envelhecimento, olhando para o futuro, são essenciais. Portanto, ter o conceito de linha integral de cuidados para as pessoas idosas é importante na medida em que organiza a atenção às mais variadas demandas, consolidando os fluxos desde a atenção básica até serviços de maior complexidade, articulada e integrada a outras políticas públicas.

De acordo com as capacidades de cada um para o desempenho das atividades da vida diária, podem ser propostas ações de promoção da saúde e prevenção como intervenções no ambiente, estimular comportamentos que melhorem ou preservem a capacidade, reduzir os efeitos da diminuição de autonomia, assegurar a detecção precoce e tratamento integral de agravos e assegurar dignidade.

Estes passos integrados são parte das propostas da Organização Mundial da Saúde para o envelhecimento saudável, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro, que aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, que é de competência da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa sua execução. Ressalta-se do texto legal:

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A despeito disto, a prática ainda continua fragmentada. Observa-se carência de profissionais capacitados para o cuidado, falta de estrutura de atenção



domiciliar e de estruturas intermediárias, além da profunda interferência de fatores como desigualdade social, econômica, de gênero e etnia entre os idosos.

Em reunião de **audiência pública da CSSF** para discutir o Programa Nacional de Imunizações, realizada em **02/07/19**, as questões abordadas enfatizaram aspectos levantados pelo Secretário Wanderson Kleber de Oliveira.

Uma grande preocupação é a obediência à Lei de Responsabilidade Fiscal no que se refere às ações de saúde, que exigem o incremento de pessoal para a cobertura desejável.

Ressaltou-se a dificuldade de contar com dados precisos a respeito da situação vacinal especialmente por deficiência do sistema de informações. São sugeridas algumas ações para estimular a vacinação, como exigir a apresentação de caderneta completa em matrícula para escolas, creches, universidade, exames admissionais e demissionais.

O gargalo da produção de vacinas exige atenção imediata, com incentivo aos laboratórios públicos, bem como o aprimoramento da logística de armazenamento, transporte e distribuição dos imunobiológicos.

Deve ser expandida a cobertura da vacina contra a influenza, em especial entre a população carcerária.

É importante apoiar o funcionamento de unidades de saúde em horário ampliado e aproveitar todo contato com o sistema de saúde para administrar as vacinas.

V.3 Atividades do eixo de Atenção Básica

Este eixo optou por acompanhar o desenvolvimento das ações afetas ao setor promovidas pelo Ministério da Saúde. Tal encaminhamento foi priorizado em face de a nova gestão da Pasta ter anunciado alterações significativas das rotinas e políticas da atenção básica de saúde desde antes mesmo de sua posse, em janeiro de 2019.

Elegeram-se políticas e indicadores de saúde cujo monitoramento deverá prolongar-se ao longo de toda a Legislatura; de modo a traçar um perfil de como se dará o desenvolvimento desses parâmetros, visando a



favorecer ações tanto de fiscalização por parte do Parlamento quanto para eventual produção legislativa, caso se mostre necessário alterar a legislação vigente.

Como focos principais, foram escolhidas inicialmente a política de ampliação do horário de atendimento nas unidades básicas de saúde - UBS e a avaliação de resultados do Programa Mais Médicos - PMM. Esses foram considerados os tópicos que deveriam ser acompanhados com maior ênfase, porém sem prejuízo de outras ações ou prioridades que surgissem ao longo dos trabalhos da Subcomissão.

A seção seguinte destaca dados obtidos em reunião com representantes do Ministério da Saúde, particularmente sobre políticas e programas prioritários.

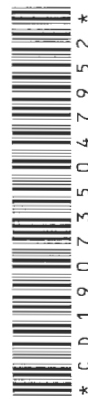
V.3.a. Reunião com o Ministério da Saúde

No dia 4 de julho de 2019 realizou-se reunião de trabalho^{15,16} com a presença do Dr. Erno Harzheim – Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde – e da Dra. Caroline Martins José dos Santos – Diretora de Programa da Secretaria de Atenção Primária de Saúde a Família, do Ministério da Saúde. Além dos representantes do Ministério da Saúde, também participaram da reunião as Sras. Deputadas Adriana Ventura, Carmen Zanotto e Dra. Soraya Manato.

Os convidados apresentaram dados sobre aqueles que consideram os problemas de saúde mais sensíveis na atualidade, bem como sobre as ações que o Ministério da Saúde vem tomando para seu enfrentamento. Apontaram aqueles que consideram os **principais problemas de saúde pública** na atualidade, quais sejam: queda da cobertura vacinal; deficiências na atenção materno-infantil; aumento das doenças emergentes e reemergentes (recrudescimento da incidência de sífilis, inclusive congênita - há hoje cerca de 25 casos de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos, quando o esperado deveria ser um caso a cada mil nascimentos -; aumento da incidência de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*; persistência da malária, que tem ampliado sua área geográfica

¹⁵ Aprovada pelo Requerimento nº 148, de 2019. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2203200>>. Acesso em: 2.10.19.

¹⁶ Vídeo disponível em: <<https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/56226>>. Acesso em: 2.10.19.



de ocorrência; e hanseníase); doenças crônico-degenerativas (as ligadas a fatores de risco comportamentais, especialmente o uso do tabaco e do álcool e o sedentarismo; diabetes melito; hipertensão arterial, infarto do miocárdio, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral - AVC, neoplasias); alterações relacionadas à saúde mental (epidemia de dependência química; depressão e ansiedade; esquizofrenia; transtorno do espectro autista - TEA; transtornos em adolescentes, como automutilação, ideação suicida, depressão precoce); e causas externas (acidentes e violência).

Com base tanto nos dados colhidos preliminarmente quanto nas informações trazidas pelos convidados à referida reunião de trabalho, o eixo selecionou os seguintes programas e políticas considerados estratégicos, que também deverão ser monitorados ao longo da atual legislatura.

A Estratégia De Saúde Da Família – ESF é considerada o principal pilar da atenção básica em saúde no modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que pretende fortalecê-la. Espera-se que a estratégia resolva de 80 a 85% dos problemas “comuns”¹⁷ de saúde, a exemplo de lombodorsalgias e outras dores mais frequentes, questões afetas à reprodução humana, diagnóstico precoce das neoplasias mais frequentes, doenças respiratórias e cardiovasculares mais simples, alterações da saúde mental, dentre outras.

Segundo o Dr. Erno Harzheim, atualmente a ESF conta com pouco mais de 42 mil equipes. Nessa situação, deveria contar com cerca de 136 milhões de pessoas cadastradas, mas existem apenas 92 milhões. Pretende-se, portanto, aumentar tanto o número de equipes quanto o de pessoas por elas cadastradas.

O foco é atingir, até 2022, 50 mil equipes, englobando cerca de 150 milhões de pessoas, o que corresponderia a 75% da população. A meta foi estabelecida considerando que 30% dos brasileiros utilizam a saúde suplementar, estando, portanto, já cobertos. Para tanto, pretende-se reduzir a burocracia envolvida na criação de equipes da ESF, por exemplo, dispensando sua aprovação pelas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

Tanto para as equipes de saúde da família quanto para as de saúde bucal, pretende-se flexibilizar o conceito de território, visando à facilitação e

¹⁷ Considerando os mais frequentes na população em foco.



ampliação do acesso aos serviços. Apontou-se, quanto a isso, a necessidade de que o sistema de saúde seja mais flexível, dinâmico, eficiente e baseado nos avanços tecnológicos.

Será proporcionado incentivo para informatização das equipes e incorporação tecnológica na atenção primária. O Ministério da Saúde já conta com sistema de informática de baixo custo e boa efetividade e o oferecerá para os demais entes federados.

Finalmente, serão criados indicadores de desempenho para avaliação dos resultados obtidos pelas equipes, que poderá gerar inclusive novos incentivos financeiros.

O **Programa Saúde na Hora** - PSH consiste na ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde da família - USF, com incentivo financeiro federal. Os palestrantes esclareceram que o Programa implica duplicação do valor federal destinado às unidades de atenção primária e mantém a devida autonomia do gestor local para desenhar as equipes de saúde adequadas para sua situação concreta.

Segundo o sítio do Ministério da Saúde¹⁸, no dia 7 de outubro de 2019 havia 151 USF inscritas para ampliação de seu horário de funcionamento. Pretende-se, todavia, ampliar o Programa para mil unidades até o final de 2019, com equipes dimensionadas segundo a realidade local e em número suficiente para assegurar a prestação de atendimento – exigem-se ao menos três equipes por unidade.

Os palestrantes criticaram pontos do **Programa Mais Médicos** - PMM, que conviveria cronicamente com vagas desocupadas. Havia, à época da reunião, 15.576 mil médicos em atuação, mas deveriam ser 18 mil. Além disso, 47% dos médicos foram lotados em locais que não consideram prioritários e houve substituição de médicos da ESF por médicos do PMM.

À época da reunião em tela, afirmaram que seria lançado o Programa Médicos pelo Brasil, que, dentre outros, substituiria o PMM. O PMM,

¹⁸ Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45524-saude-na-hora-128-unidades-de-saude-ampliam-horario-de-atendimento>>. Acesso em: 7 out 2019.



todavia, se manteve ativo mesmo após a edição da Medida Provisória que criou o Programa Médicos pelo Brasil e deve continuar sendo monitorado.

O **Programa Médicos pelo Brasil** - PMB foi criado, então, por meio da Medida Provisória nº 890, de 2019, que também autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps e revoga dispositivos do PMM referentes à residência médica. O PMB pretende levar médicos para locais de difícil provimento e estimular a formação de médicos de família e comunidade, e será executado pela Adaps.

Ainda em discussão neste Parlamento, onde recebeu 366 emendas, vários dos dispositivos do texto original da MPV foram alterados na Comissão Mista. O Projeto de Lei de Conversão nº 25, de 2019, aprovado na Comissão Mista, trouxe em especial as seguintes alterações:

- Avaliação do PMB pelos usuários;
- Alteração da composição da Adaps e criação de mecanismos para acompanhamento de suas atividades;
- Proibição de que se contrate pessoa jurídica para executar ações do PMB;
- Previsão de plano próprio de cargos e salários para os profissionais da Adaps;
- Incentivo financeiro para médicos lotados em locais de difícil provimento,
- Possibilidade de redução do tempo de residência médica em clínica médica para o participante do PMB;
- Manutenção e ampliação do PMM
 - Permite reincorporação dos médicos cubanos desligados ao fim do convênio com a Opas, por dois anos;
 - Permite que estados e consórcios de estados executem diretamente o Programa;
- Detalhamento de como se dará a execução do Revalida, com acompanhamento pelo CFM; participação de instituições privadas e periodicidade semestral, dentre outros.



Atualmente o PLV 25/2019, deverá ser avaliado pelo Plenário da Câmara dos Deputados e, em sequência, também pelo Plenário da Casa Alta.

Acerca da **saúde bucal**, representantes do Ministério da Saúde informaram ser previsto novo inventário do índice CPOD – que avalia a prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados – em 2020, com o objetivo de verificar a evolução do quesito. Atualmente há perto de 26 mil equipes de saúde bucal em funcionamento e poucos laboratórios de próteses, mas se pretende universalizar a atenção prestada.

Instados pela Deputada Adriana Ventura, reconheceram haver dificuldades relacionadas à **gestão** dos serviços de saúde públicos, para cujo enfrentamento indicaram, dentre outras, as seguintes ações previstas:

- Formação para gestores, inclusive por meio de convênio com faculdades;
- Criação da figura de gerente atenção primária, para acompanhar aspectos administrativos dos serviços;
- Desburocratização dos processos, com valorização do plano e da programação municipal de saúde.

Abordaram possíveis **ineficiências** associadas à gestão, com identificação das seguintes:

- Excesso de unidades de pronto atendimento - UPA;
- Hospitais de pequeno porte; serviços ociosos;
- Contratação desnecessária de profissionais com planos de cargos e salários;
- Exigência de composição mínima das equipes da ESF;
- Condução equivocada dos pacientes, com encaminhamentos ou solicitações de exames desnecessárias e não embasadas em evidências científicas;
- Falha na regulação, inclusive para que se obtenham melhores resultados advindos de maior experiência das equipes profissionais.

Informaram haver várias UPA ociosas ou mesmo totalmente inativas. Ao mesmo tempo, existem 3.524 hospitais de pequeno porte – com até 50



leitos – enquanto são necessários pelo menos 100 leitos para assegurar sua sustentabilidade financeiro econômica. Tais instituições possuem taxa de ocupação média de apenas 15%.

Pretendem, então, transformá-las em unidades do Programa Saúde na Hora, que necessitam apenas em média cinco leitos. Entendem, todavia, que haverá resistência dos gestores e da população quanto à possível aparente redução do número de leitos.

Defendem, ainda, que se estabeleçam critérios de **financiamento** baseados em resultados, a exemplo do número de pessoas cadastradas pela ESF, da efetiva produção das equipes ou unidades de saúde, bem como dos resultados por elas auferidos.

Informaram finalmente que será criado grupo de trabalho para desenvolver propostas para o enfrentamento do **transtorno do espectro autista** - TEA. Na mesma linha, será também avaliada a incorporação de **psicólogos** nas ESF. Saliente-se, porém, que tais profissionais já são previstos nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf.

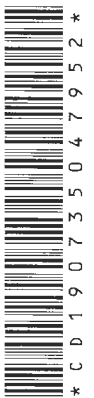
V.4 Atividades do eixo de Assistência de Média e Alta Complexidade

As seções seguintes sintetizam os temas debatidos por cada participante em quatro reuniões e audiências realizadas neste eixo, além de apresentar os principais temas em debate nesse setor e resposta do Ministério da Saúde aos questionamentos que lhe foram encaminhados pela Subcomissão, por solicitação deste eixo.

V.4.a. Panorama da pessoa com diabetes no País

Em audiência realizada em 25/06/19, destacaram-se as seguintes participações:

1) **Sandra de Castro Barros** - Representante do Ministério da Saúde: características e epidemiologia do diabetes; impacto econômico do diabetes nos gastos com saúde; importância da atenção primária no diagnóstico,



prevenção e controle do diabetes; e tratamentos e medicamentos disponíveis no SUS para os pacientes diabéticos.

2) **Hermelinda cordeiro Pedrosa** - Presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes: aumento da incidência e prevalência do diabetes na população mundial; assimetria no controle do diabetes entre classes de renda e regiões do Brasil; importância clínica e econômica do controle adequado do diabetes; necessidade e dificuldade para capacitar os profissionais de saúde de todo o país; e estabelecimento de uma linha integrada de cuidados no sistema.

3) **Vanessa Pirolo** - Coordenadora de Advocacy da ADJ – Diabetes Brasil: importância epidemiológica do diabetes no Brasil e no mundo; consequências da baixa aderência dos pacientes ao tratamento; e importância da prevenção, da educação em diabetes e do adequado acesso ao medicamento.

V.4.b. Ações para proteção e tratamento da criança com traqueostomia

Em audiência realizada em 08/08/19, destacaram-se as seguintes participações:

1) **Maximiliano das Chagas Marques** - Representante do Ministério da Saúde – MS: importância dos procedimentos de traqueostomia em pacientes pediátricos; política Nacional de Saúde da Criança; consenso brasileiro de cuidados a pacientes traqueostomizados; importância da atenção primária; e necessidade de notificação compulsória.

2) **Eduardo Baptistella** - Representante da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – ABORL-CCF: dificuldades existentes para a adequada prestação dos cuidados aos pacientes traqueostomizados; e necessidade de protocolos e garantias de cuidado.

3) **Vinícius Ribas Fonseca** - Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica – ABOPe: valor terapêutico, evolução e complicações da traqueostomia; necessidade de acompanhamento adequado e de protocolos atualizados para o cuidado dos pacientes traqueostomizados; e realidade da atenção à saúde bem abaixo da divulgada.



4) **Renata Cantisani Di Francesco** - Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP: aspectos clínicos do cuidado ao paciente traqueostomizado; repercussões sobre a vida da família; e necessidade de notificação compulsória e de capacitação ampla dos profissionais de saúde para cuidar dos pacientes traqueostomizados.

5) **Melissa A. G. Avelino** - Ex-Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologista Pediátrica – ABOPe, e Otorrino Pediatria do Hospital Materno Infantil de Goiânia: aspectos característicos, dificuldades e consequências da traqueostomia e intubação em crianças; e necessidade de criação de programas de apoio, de protocolos, linhas de cuidado padronizadas e notificação compulsória.

V.4.c. Projeto de Lei 1605/2019, sobre o Estatuto da Pessoa com Câncer

Em audiência realizada em 23/08/19, destacaram-se as seguintes participações:

1) **Gelcio Luiz Quintella Mendes** - Diretor-Geral Substituto e Coordenador de Assistência INCA/SAES/MS do Ministério da Saúde: câncer deve ser abordado de modo integral, não limitado à oncologia e em todos os níveis de atenção; política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer em construção desde 1987 tem um arcabouço regulatório robusto; e necessidade de apoiar e fortalecer o SUS para ampliar o alcance das ações.

2) **Maria Yvelônica Barbosa** - Representante do Ministério da Cidadania: organização do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

3) **Tiago Farina Matos** - Representante do Instituto Oncoguia: alta incidência e mortalidade por câncer; resultados de pesquisa entre pacientes de câncer sobre direitos; e deficiências do funcionamento do sistema e projetos de lei em tramitação sobre câncer.

4) **Andrea Karolina Bento** - Representante do Instituto Vencer o Câncer: exposição sobre o Instituto Vencer o Câncer; e exposição do projeto “SIM PARA QUIMIO ORAL”, cujo objetivo é incorporar automaticamente medicamentos antineoplásicos orais ao rol da ANS após a análise da ANVISA.



5) **Eduardo Fróes** - Representante do Movimento Todos Juntos Contra o Câncer: exposição sobre a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE e seus projetos; exposição sobre o Movimento Todos Juntos Contra o Cancer (TJCC) e de documento com declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil.

V.4.d. Órteses, próteses e meios de locomoção das pessoas com deficiência

Em audiência realizada em 05/09/19, destacaram-se as seguintes participações:

1) **Deputada Tereza Nelma**: importância das órteses e próteses para a autonomia e inclusão social dos portadores de deficiência; defasagem da dispensação e manutenção de próteses no SUS; demanda reprimida / insuficiência de recursos / Tabela SUS defasada; e necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de dispensação e de capacitar os profissionais que lidam de OPM.

2) **Angelo Roberto Gonçalves** - Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde: normas e organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS: atenção básica + atenção especializada (226 Centros Especializados em Reabilitação e 38 Oficinas Ortopédicas) + atenção hospitalar de urgência e emergência; Tabela SUS: 158 procedimentos relacionados à concessão, adaptação, manutenção e substituição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção não cirúrgicos; aumento de 34% no investimento e 62% na produção de OPM não cirúrgicos entre 2012 e 2018; incorporação de tecnologias no SUS regulada pela CONITEC; e diversas ações para aperfeiçoamento, incluindo a publicação do “Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção”, de 2019.

3) **Maria Aparecida Ferreira de Mello** - Pós-doutora em Ciências da Reabilitação/Tecnologia Assistiva (Videoconferência): diversos fatores impactam a dispensação das soluções assistivas; e necessidade de qualificar profissionais e serviços; ampliar produtos; implementar processo de seguimento; criar de protocolos; melhorar preço pago pelo SUS; e agilizar processos.



4) **Marco Antônio Castilho Carneiro** - Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE: dificuldades de acesso aos OPM geram múltiplas reclamações ao CONADE; defasagem da Tabela SUS (17 anos sem reajuste); necessidade de ações preventivas para reduzir a incidência de acidentes que causam deficiências físicas; participação social como maneira de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde.

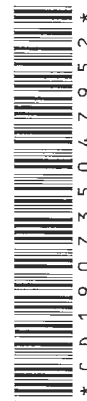
V.4.e. Principais temas em debate no setor

Abaixo descrevem-se, de maneira sucinta, algumas situações relativas à temática da média e alta complexidade, as quais foram elencadas a partir de debates ocorridos e que estão em voga no cotidiano dos gestores dos executivos em cada esfera de gestão, bem como no legislativo.

Média Complexidade Ambulatorial para diagnóstico: Um dos grandes desafios levantados por todos que vivenciam o SUS é a falta de acesso a serviços de diagnóstico ambulatoriais. O exemplo mais claro dessa celeuma é o acesso às biópsias para diagnóstico definitivo de câncer que são realizadas de maneira tardia devido à falta de prestadores credenciados e com interesse na realização do referido procedimento e a insuficiência de prestadores públicos para a realização, somando-se a isso a escassez cada vez maior de patologistas no mercado de trabalho.

Programação Pactuada Integrada - PPI: A PPI nada mais é que o planejamento realizado em nível estadual para a alocação dos recursos financeiros do MAC repassados pela União aos estados e municípios. Desde 2006, quando foi criada, a PPI passou a cada vez mais ser algo virtual e não real, sendo que o instrumento do Ministério da Saúde não prevê o dispêndio financeiro de municípios e estados para o MAC, o que faz com que este instrumento de planejamento fique incompleto. Ou seja, é necessária uma discussão adequada e aprofundada para melhorar o instrumento de programação de recursos financeiros do MAC embutindo todo o recurso federal, estadual e município, com a rediscussão dos atuais incentivos de média complexidade afim de inferir sua eficácia junto aos serviços e otimizar a execução dos recursos financeiros empregados.

Órteses, Próteses e Materiais. Especiais: Desde a criação da Rede da Pessoa com Deficiência avanços foram obtidos na melhoria do cuidado à população afeta a esta temática. Entretanto, é necessária uma avaliação mais adequada das redes instaladas nos estados, bem como uma reavaliação das



OPME fornecidas pelo SUS, principalmente no que tange aos valores financeiros empregados para tal, bem como as responsabilidades de cada ente nesses fornecimentos, em especial o Governo Federal.

Rede de Crônicos: As Redes de Atenção aos doentes crônicos atualmente estão mais voltadas para serviços como a oncologia. Entretanto, durante as discussões claramente se observa uma falta de interlocução entre os níveis de atenção, incluindo a média complexidade, para os pacientes acometidos com outras doenças e que oneram de sobremaneira o SUS. Como exemplo debatido temos o paciente diabético, o qual transita por todos os níveis de atendimento, porém não existe clareza de uma política específica e com diretrizes para tal tipo de paciente dentro do SUS.

Oncologia: Atualmente os parâmetros e custos das redes oncológicas precisam cada vez mais serem trabalhados em regiões. Isto se torna fundamental nesta discussão pois o paciente, em muitas ocasiões, precisa de longos deslocamentos para realizar os procedimentos.

A dificuldade de acesso aos serviços por falta de diagnóstico disponível e facilitado (paciente fica muito tempo na rede básica esperando a liberação de exames pela gestão municipal) é outro desafio identificado que precisa ser enfrentado. Existe, também, uma alta concentração de tratamentos quimioterápicos em detrimento de cirúrgicos (talvez pela demora no acesso com perda de oportunidade de cura). Outro relato colhido e identificado é o déficit financeiro nos tetos da gestão municipal com serviços de referência (Aumento dos casos de neoplasias na pop. Geral).

Existe na rede oncológica um deslocamento a longas distâncias de pacientes residentes em áreas descobertas, apenas para a realização de exames de patologia clínica e imagem, sendo importante uma reorganização para atender estes vazios assistenciais.

Algumas possibilidades estão sendo observadas como hierarquizar os pontos de atenção em oncologia sob a responsabilidade dos centros de referências, que os serviços de Cacon e Unacon possam ter pontos de apoio dentro ou fora da sede (laboratórios, serviços de imagem fora do Cacon/Unacon), desde que cumpra os critérios da VISA e de segurança do paciente, visando diminuir gastos dos municípios com transporte para o atendimento de populações remotas e de grandes distâncias;



Cirurgias Eletivas: Desde 1999 o Ministério da Saúde adotou a prática dos então chamados “mutirões nacionais de cirurgias eletivas”. O Financiamento via FAEC – traz um recurso adicional (não onera o teto MAC do gestor). Essas estratégias visam ampliação do acesso e redução do tempo de espera. Atualmente a estratégia é contínua com publicação de portarias anuais, sendo que desde 2017 o MS desembolsa 250 milhões de reais anuais para tal.

Apesar de ser uma estratégia importante são necessários alguns ajustes na mesma como revisão dos procedimentos do rol atual, estratégias diferentes para cirurgias ortopédicas, mais celeridade na publicação dos atos normativos e principalmente uma ação do governo federal os estados do Norte do País, que possuem dificuldade na execução de tais procedimentos.

Hospitais de Pequeno Porte – HPP: Grande parte dos atendimentos, em nível hospitalar, são realizados por Hospitais de pequenos Porte, os conhecidos HPPs. Esses hospitais, em sua maioria filantrópicos, são importantes componentes da rede de atenção e em alguns municípios mais remotos o único ponto de atenção disponível 24 horas por dia.

Apesar da importância dos mesmos é necessária uma revisão da conformação atual já que os mesmos possuem dificuldades financeiras para se manterem e a relação custo/benefício constantemente é trazida como ponto nevrálgico nesse debate. Sendo assim, um grande levantamento da oferta existente com o vocacionamento dos mesmos dentro do conceito de regionalização da saúde é necessário ainda para o ano de 2020.

Consórcios Intermunicipais de Saúde: Consórcio é a união de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica, e constituem um instrumento para a superação de desafios locais. Os Consórcios de Saúde têm por finalidade a realização dos interesses comuns dos entes consorciados na implementação de política de saúde pública. Os consórcios destacam-se na oferta de equipamentos públicos de auxílio diagnose em hospitais, Centros de Imagens Públicos de média e alta complexidade macrorregionais e aquisição de medicamentos básicos de maneira consorciada, além de estratégias inovadoras em alguns locais, como no caso de ferramenta para o serviço de atendimento móvel de urgência/emergência.

Apesar de se mostrar uma importante ferramenta em muitos locais, é necessário que estes consórcios intermunicipais de saúde consigam fazer os devidos registros de suas ações dentro do sistema de saúde, reforçando seu



papel de ferramenta dos gestores municipais que por sua vez são os responsáveis pela política pública de saúde em sua esfera de gestão.

Contratualizações de serviços na MAC: O termo contratualização é utilizado na Administração Pública brasileira para nominar o procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre o Poder Público e seus órgãos e entidades de direito público e privado ou entre o Poder Público e entidades da sociedade civil, em que há a negociação e estabelecimento de metas de desempenho.

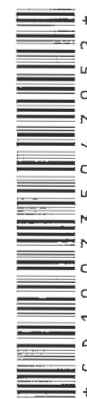
Sua característica central é o estabelecimento de um pacto de desempenho institucional entre o Poder Público e o órgão ou entidade pública ou privada signatária. No entanto, a natureza dos instrumentos utilizados, os objetivos a serem alcançados e os compromissos firmados deles variam, em função da natureza do órgão ou entidade contratante – se público ou privado.

Existem muitas falhas de compreensão sobre os contornos da participação privada no SUS. Também, um desconhecimento do conjunto de modelos de contratualização e conseqüente insegurança jurídica por parte dos gestores de saúde.

Sendo assim se faz necessário um aprofundamento do debate destes instrumentos, vinculados a legislação de licitações, e outros normativos, para que os gestores possam ter a segurança necessária na aquisição de serviços e consigam aproveitar toda a rede complementar de saúde disponível para atendimento da população.

Transporte Fora do Domicílio – TFD: O Transporte Sanitário Eletivo realizado fora do domicílio é destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. Atendimento eletivo não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo. Essa modalidade de transporte é voltada ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Deve ser realizada por veículos tipo lotação: micro-ônibus, vans, embarcações.

É crescente a importância dos sistemas de transporte em saúde, especialmente daqueles de caráter eletivo e regulado, frente à necessidade de viabilizar o acesso da população ao atendimento clínico. O SUS é estruturado



em diversos contextos geográficos com marcantes diferenças socioeconômicas, havendo alguns municípios e polos regionais com relativa concentração de serviços.

Durante as discussões existentes fica clara a falta de uma política nacional que contemple diretrizes para o funcionamento desse sistema logístico tão importante para um país continental como o Brasil.

Regionalização dos Serviços: Planejamento Regional Integrado é a possibilidade de transitar da INTENÇÃO para a AÇÃO e visa: a organização das Macrorregiões de Saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a construção de Planos Regionais/Macrorregionais de Saúde. A Rede de Atenção à Saúde deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolutividade deve ser organizada num espaço regional ampliado/macrorregião. O espaço regional ampliado/macrorregião de saúde será referência para a alocação dos recursos financeiros dos entes federados, nas ASPS de interesse regional.

Com a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar a regionalização acaba tendo papel fundamental para organização da oferta existente. Não existe outro caminho mais adequado para otimizar os serviços e melhorar o acesso da população. Desta forma, em todos os debates saltam aos olhos a necessidade de cumprimento deste princípio e o fomento de ações que contribuam para a efetivação da regionalização da saúde, em especial na temática da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial.

Cuidados Paliativos: Consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O Cuidado Paliativo feito com técnica reduz custos e melhora qualidade, comparado a Cuidado Paliativo feito com bom senso. Alguns países desenvolvidos incorporaram Cuidados Paliativos às suas Políticas de Saúde, promovendo educação, implantação e integração do Cuidado Paliativo à rede de assistência.

Oferecer Cuidado Paliativo com qualidade e com equidade no SUS é uma oportunidade e um desafio para nosso país, sendo que se observa durante o desenvolvimento dos trabalhos uma falta de política pública específica nesse sentido.



Rede de Urgência e Emergência: As redes de urgências e emergências são primordiais para o SUS e salvam vidas diariamente em todo o país. Ao longo dos anos alguns aspectos foram aprimorados e outros, infelizmente, passaram por dificuldades. Estratégias como as Unidades de Pronto Atendimento – UPA são importantes em muitos locais e em outros passam por dificuldades financeiras para se manterem.

Ficou claro durante os debates existentes que existe a necessidade de o Ministério da Saúde apresentar um grande levantamento de informações sobre o funcionamento dos componentes das redes de urgência e emergência do país, como SAMU, UPA, Portas de Entrada de Hospitais, leitos de retaguarda, entre outros componentes. A partir deste diagnóstico detalhado será possível a proposição de ações para melhorar a execução desta rede de atendimento da população brasileira.

V.4. f. Respostas do Ministério da Saúde a questionamentos do eixo

Essa seção mostra as perguntas encaminhadas ao Ministério da Saúde pela Subcomissão com suas respectivas respostas.

1) A Portaria 195/2019 já surtiu efeito sobre a fila de espera de cirurgias eletivas? Quais os Estados que possuem os melhores e piores resultados de forma proporcional?

R - A Portaria GM/MS nº 195, de 6 de fevereiro de 2019, prorrogou, de janeiro a julho de 2019, a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecendo limite de aporte financeiro de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) para Estados, Distrito Federal e Municípios nos mutirões de cirurgias eletivas. Em 26 de julho de 2019, o Ministério da Saúde prorrogou mais uma vez a estratégia, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, alocando mais R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) para sua execução.

A organização dos fluxos assistenciais, a regulação do acesso e o controle das filas e da demanda reprimida estão sob os cuidados dos gestores municipais e estaduais. É preciso fazer lembrar que as filas são dinâmicas e mudam a cada momento, de acordo com a oferta e a realização dos



procedimentos cirúrgicos. Acrescentamos, ainda, que são diversos os métodos de sistematização e informatização da regulação e das filas; e não há, ainda, interoperabilidade para os sistemas existentes e adotados por cada um dos gestores para integrar os respectivos dados. Desse modo, qualquer informação referente a eventual efeito sobre as filas de espera deve ser obtida diretamente com o gestor local.

O que se pode informar é o grau de execução dos recursos disponibilizados pela Portaria GM/MS nº 195/2019. Alguns estados demonstram dificuldades na execução dos recursos por uma série de razões, tais como compreensão inapropriada acerca da utilização das séries numéricas dos instrumentos de registro e dificuldades em pactuar sua rede assistencial a tempo de executar os recursos repassados a contento.

2) Qual o setor do MS que coleta os dados relacionados a MAC dos Estados e Municípios?

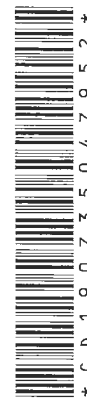
R - O setor do Ministério da Saúde que recebe e armazena estes dados para fins de recuperação da composição da série histórica dos gestores estaduais e municipais, e seus prestadores de serviço, é a Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde (CGSI/DRAC/SAES/MS).

3) Quem alimenta o sistema de dados e de que maneira?

R - Os dados relacionados à produção ambulatorial e hospitalar da média e alta complexidade (MAC) são registrados pelos estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS e enviados aos gestores estaduais e municipais, que os processam no contexto da função de controle e avaliação, realizam auditorias, quando necessário e por fim realizam o pagamento aos prestadores de serviço considerando os contratos firmados e a produção enviada e aprovada nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH).

4) Quais os critérios utilizados no preenchimento de guias de internação hospitalar para definir prioridades na fila de espera de cirurgias eletivas?

R - As Guias de Internação Hospitalar (GIH) foram extintas e substituídas pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em 1983.



O laudo de AIH é dividido em 2 partes: (1) SOLICITAÇÃO: os dados de solicitação são preenchidos por um estabelecimento de saúde, por meio de um médico solicitante ao avaliar o caso clínico do paciente. (2) AUTORIZAÇÃO: os dados da autorização são preenchidos por um médico autorizador, que é um agente público do gestor estadual ou municipal.

Os critérios de autorização das AIH são de responsabilidade do gestor estadual/municipal, por meio do médico autorizador. Ou seja, é um processo administrativo que segue a diretriz de descentralização de gestão do SUS.

5) Quando diversos pacientes estão acometidos por uma única patologia, qual o critério que define o que é prioridade para uma cirurgia eletiva?

R - Ainda que acometidos pela mesma patologia, os pacientes podem ser diferenciados por critérios médicos. Quando não há diferença na condição clínica, o que comanda a realização do procedimento é a ordem de entrada na fila de espera.

Além disto os gestores definem critérios locais para a priorização dos pacientes para acesso às cirurgias eletivas.

6) Quantos hospitais conveniados com o SUS fazem cirurgias eletivas?

R - Participam potencialmente da estratégia de ampliação do acesso a cirurgias eletivas, todos os hospitais próprios e contratados do SUS que estão aptos a realizar os 286 procedimentos que fazem parte da estratégia. 3.462 hospitais participaram efetivamente em 2018 e 3.032 estão participando em 2019. Importante acrescentar que o número de hospitais conveniados pode variar de acordo com a contratualização que acontece localmente.

7) Qual o papel da regulação estadual e municipal para a efetivação de cirurgias de média e alta complexidade?

R - As competências das diferentes esferas de governo na Regulação estão definidas no Anexo XXVI, da PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017, reproduzidas abaixo:



“Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

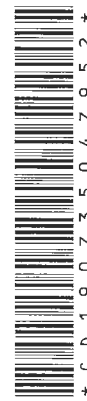
III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)



VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)



VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

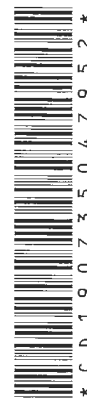
XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

(Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)”

8) Por que ocorre a demora de encaminhamento de um paciente para a média e alta complexidade?

R - A organização dos fluxos assistenciais é de competência dos gestores locais, assim como a definição dos critérios de encaminhamento, que devem ser baseados em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Para além desta organização, pode existir um descompasso entre demanda e oferta disponível para o SUS, isto é, a demanda pode superar a capacidade do sistema em absorvê-la integralmente, em um tempo considerado oportuno.

As ações de regulação buscam otimizar ao máximo a utilização da oferta própria e contratada, de forma com que os recursos indicados e dispensados ao paciente, sejam àqueles realmente necessários, e por outro, qualificar a demanda, para que o acesso ocorra de forma mais oportuna possível, considerando os critérios de priorização e risco.



V.5 Atividades do eixo de Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica é uma das principais atribuições do SUS no que tange à integralidade do sistema. A terapêutica moderna, apesar de não se apoiar exclusivamente no uso de medicamentos, encontra nesses produtos a sua principal base de atuação. Esses produtos fazem parte da vida de todos, desde o nascimento, até o momento do óbito.

Os medicamentos, atualmente, ocupam um destaque tão alto nas estratégias de combate às doenças que, sem ele, fica impossível a concretização do direito à saúde. Vale lembrar que tal direito possui uma íntima conexão com o direito à vida e com a dignidade humana, princípios constitucionais da mais elevada importância no Estado brasileiro.

A Constituição Federal traz a diretriz do atendimento integral, como um dos pilares do sistema público de saúde, sob responsabilidade estatal, como pode ser visto no art. 198, inciso II. A Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080/1990, inclui no campo de atuação do SUS, de forma expressa e sem margem a dúvidas, a assistência terapêutica integral, aí inserida a farmacêutica, como pode ser visto no art. 6º, inciso I, alínea “d”.

Diante dessa importante missão dada pela Constituição e pela lei, o Ministério da Saúde definiu, em 1988, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, como o eixo principal da atuação estatal na busca da garantia de acesso da população aos medicamentos necessários às suas demandas, quantitativas e qualitativas. Foi essa norma que buscou fortalecer a padronização dos medicamentos a serem utilizados pelos serviços de saúde do SUS, dando a devida importância à “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renam”. Além disso, reconheceu a regulamentação sanitária desses produtos como uma das diretrizes da política, juntamente com a reorientação da assistência farmacêutica e a promoção do uso racional dos medicamentos, entre outras.

Outra importante norma que merece destaque é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da



universalidade, integralidade e equidade. A participação social na formulação da norma transmite o nível de sua legitimidade no direcionamento das políticas setoriais que, de alguma forma, possam interessar à assistência farmacêutica.

Portanto, não há dúvidas acerca da relevância para a proteção do interesse público que representa a adequada assistência farmacêutica no País. Porém, os desafios para que essa ação seja exercida em patamares satisfatórios, sem representar riscos à garantia do direito à saúde, também são grandes.

Os trabalhos da Subcomissão Permanente de Saúde demonstraram, no decurso dos debates promovidos, alguns aspectos relacionados à assistência farmacêutica que podem servir de obstáculos maiores ao setor público. Alguns desses aspectos já desafiam os gestores do SUS na tentativa de garantir o acesso da população aos medicamentos necessários à proteção, recuperação e manutenção da saúde. Outros precisam ser objetos de estratégias específicas, que devem ser iniciadas tempestivamente, para que o futuro da assistência farmacêutica possa ser, a cada dia, melhor.

No eixo da Assistência Farmacêutica, a Subcomissão Permanente de Saúde realizou dois eventos¹⁹ para debater o tema. No dia 08/08/2019, foi realizada uma “Reunião Técnica de Trabalho”, tendo como convidada a Sra. Sandra de Castro Barros, Diretora do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. O outro evento, realizado no dia 29/08/2019, foi uma Audiência Pública com a participação de representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, Ministério da Saúde e Conselho Federal de Farmácia - CFF. A seguir, será feita uma síntese das observações principais que foram feitas nessas reuniões, além de destaque sobre os principais desafios do setor. O relatório deste eixo, disponível na Subcomissão Permanente de Saúde, também apresenta uma descrição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – e sobre a atuação da Conitec.

V.5.a. Reunião técnica de trabalho

¹⁹ Os documentos das apresentações podem ser acessados e consultados no seguinte link: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/documentos-1/copy_of_publicacoes



Na reunião técnica de trabalho, realizada em 08/08/19, a representante do Ministério da Saúde abordou, em apertada síntese, os seguintes assuntos:

- Marcos no fortalecimento das políticas farmacêuticas no SUS, como a Central de Medicamentos – CEME, a Rename, a Política Nacional de Medicamentos, a criação da Anvisa, a política dos medicamentos genéricos, o Programa Farmácia Popular do Brasil, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, dentre outros instrumentos;

- Destaque para a PNAF, que foi concebida na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, inserida na Política Nacional de Saúde;

- Explicação sobre a divisão atual da Rename nos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, a forma de repasse dos recursos na aquisição descentralizada e o sistema de aquisição centralizada, que envolve inclusive medicamentos da atenção básica, como as insulinas, medicamentos do Programa Saúde da Mulher e do Programa Calamidade Pública;

- Programa Farmácia Popular do Brasil – alternativa de acesso aos medicamentos considerados essenciais. Atualmente, 31 mil estabelecimentos cadastradas em 4382 municípios, ou cerca de 79% do território brasileiro. Atendeu 52 milhões de pessoas desde o ano de 2006;

- O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Envolvem as doenças transmissíveis, negligenciadas, imunopreveníveis, coagulopatias e as endemias;

- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, antigamente chamado de alto custo, atende 95 condições clínicas, guiadas por 89 PCDT. Conta atualmente com 156 fármacos distribuídos em 295 apresentações. Atende 2.371.231 pacientes. Em 2018, o gasto federal nesse



componente foi de R\$ 7.217.099.745,00 e o gasto com as demandas judiciais foi de R\$ 1.252.686.826,00;

- Sobre os gastos federais por componente da AF, no período de 2010 a 2016, foi demonstrado um grande aumento, de 580%, nos gastos com o Farmácia Popular, enquanto o gasto no componente básico reduziu (apesar do aumento constante nos preços dos medicamentos). O componente estratégico encolheu bastante até 2012 (quase 43%), voltando a aumentar até 2016. O CEAF também apresentou crescimento ao longo desse período, em torno de 35 % (os valores não descontam a inflação do período);

- Processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS: a palestrante destacou a importância da avaliação e seleção de tecnologias a serem incorporadas para obtenção da máxima eficiência no uso dos recursos, como as mudanças demográficas e epidemiológicas, o surgimento de novas tecnologias, os custos crescentes, a judicialização, o aumento da expectativa de vida e a finitude dos recursos;

- Papel da Conitec no processo de incorporação, que pode ter como demandante o próprio Ministério da Saúde, bem como toda a sociedade civil (pessoa física, associação de usuários, entidades acadêmicas). A avaliação sobre a eficácia, efetividade, segurança e custo-efetividade da tecnologia é baseada nas evidências científicas disponíveis, com a elaboração de um relatório prévio e posterior consulta pública, antes do posicionamento final da Comissão;

- Sobre os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, foi ressaltada a sua finalidade, como um documento que define os critérios para o diagnóstico, o tratamento preconizado em diferentes quadros clínicos, a posologia, mecanismos de controle e acompanhamento dos resultados e as condutas no SUS.

V.5.b. Situação da assistência farmacêutica no Brasil

A audiência pública para discutir a assistência farmacêutica no Brasil foi realizada em 29/08/19 e contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde/CONITEC, da Anvisa e do Conselho Federal de Farmácia.

O representante do Ministério da Saúde, Sr. Alvimar Botega, destacou, em síntese, os seguintes aspectos:



- A aprovação da Política Nacional de Medicamentos logo após a extinção da CEME e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica pelo Conselho Nacional de Saúde;

- O Programa Farmácia Popular do Brasil está presente em 79% dos municípios brasileiros;

- Componente estratégico da assistência farmacêutica direcionado para as doenças negligenciadas, imunopreveníveis, coagulopatias, alimentação e nutrição;

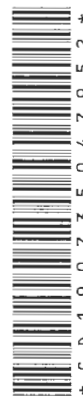
- A evolução orçamentária do Departamento de Assistência Farmacêutica, que atingiu o ápice em 2016 com 12 bilhões de Reais, reduziu sua dotação para 10,3 bilhões em 2019;

- Apesar do crescimento dos gastos em saúde, durante o período de 2008 a 2017, a assistência farmacêutica apresentou uma queda grande do ano de 2016 para 2017, de 14,45%, ou seja, passou de 13,1 bilhões para 11,2 bilhões de reais;

- O aumento de gastos com medicamentos é influenciado pela inflação da área da saúde, superior aos índices que englobam outros produtos, pelo envelhecimento populacional, novar tecnologias, judicialização e uso não racional dos fármacos;

- Estratégias para aprimoramento e qualificação da assistência farmacêutica, como campanhas, cursos e congressos, revisão proativa da Rename, programa Qualifar-SUS, disponibilizar a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS, automatizar as atividades logísticas e definir novos critérios de equidade no financiamento do componente básico.

O representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Sr. Gustavo Mendes Lima Santos, da Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos, explanou o papel da Agência na aprovação dos medicamentos no Brasil, uma de suas atribuições delegadas em lei, para aferir a segurança e eficácia do uso indicado, bem como se o método de fabricação assegura a qualidade do



produto com a manutenção de sua identidade, potência, estabilidade e pureza. De uma forma geral, o palestrante destacou, ainda, os seguintes aspectos avaliados pela Agência que contribuem para a qualidade dos medicamentos:

- Conformidade da bula e das embalagens dos medicamentos registrados com o que determina a legislação;
- As ações de monitoramento pós-aprovação, propostas pelo produtor, estão apropriadas para identificar, caracterizar, prevenir ou minimizar os riscos relacionados ao medicamento em seu uso na vida real, a farmacovigilância;
- Avaliação da tecnologia farmacêutica nos aspectos produtivos, da fórmula (excipientes) e da estabilidade farmacológica, bem como a análise de parâmetros diretamente relacionados com a eficácia e segurança, como a toxicidade e os estudos clínicos;
- Importância da farmacovigilância na identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamento;
- O controle sanitário especial ao qual são submetidos alguns medicamentos que possuem substâncias com ação psicotrópica e que possuem potencial em causar dependência física e psíquica;
- Boas práticas de fabricação: relacionadas com o sistema de qualidade do fabricante, a solidez do processo produtivo, o controle de mudança, etc.;
- Prazos de análise, sendo de 365 dias para produtos classificados na categoria ordinária, e de 120 dias para a categoria prioritária. O advento da Lei nº 13.411/2016, que fixou esses prazos menores para o pronunciamento da Anvisa sobre pedidos de registro, promoveu uma redução sensível nos prazos de manifestação da Agência;
- A redução nos prazos se deve: processo especial para aprovação de medicamentos para doenças raras; priorização de medicamentos (fast track) relevantes para a saúde pública, ou quando não há alternativas



terapêutica disponível, ou que apresente melhoria significativa de segurança, eficácia ou adesão ao tratamento;

- Participação da Anvisa nos grupos de discussão do ICH (*International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use*), tem possibilitado uma análise melhor e mais tempestiva, a partir da harmonização de procedimentos;

- Racionalização das avaliações para permitir que os especialistas se dediquem às necessidades específicas do país;

- Acesso a medicamentos em fase experimental: uso compassivo, acesso expandido e fornecimento pós-estudo;

Por último, o Conselho Federal de Farmácia, representado pelo Sr. Francisco Batista Júnior, realizou as seguintes observações:

- Pesquisas demonstram que um dos principais problemas que preocupam a população brasileira continua sendo o acesso à saúde, como uma das maiores dificuldades, com destaque para a falta de medicamentos e de médicos;

- A criação do SUS modificou a assistência farmacêutica no Brasil, como modificou a visão do que deve ser considerada saúde;

- Antes do SUS, a assistência farmacêutica tinha como base a Central de Medicamentos – CEME e na rede privada de farmácias e drogarias;

- Com o advento do SUS, a assistência farmacêutica passa a ser pensada nessa nova concepção; foi criada a Política Nacional de Medicamentos, com enfoque na segurança, qualidade, eficácia e uso racional desses produtos, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que tem como base a descentralização, equidade, resolutividade, universalidade, força de trabalho;

- Estruturação dos componentes estratégico e básico da assistência farmacêutica;



- Destacou a importância da Lei nº 13.021/2014: visão da farmácia como estabelecimento de saúde, dá importância ao uso racional de medicamentos; farmácia como estabelecimento de prestação de serviços e realização de procedimentos de saúde, tendo o usuário como o centro da atenção, define espaços para a atenção farmacêutica e coloca o farmacêutico como responsável direto pelas ações;

- O Programa Farmácia Popular foi criado de forma diferente da concebida pelo CNS. Na sua concepção, a ideia era estruturar uma rede de farmácias dentro do sistema público, com participação da União em parceria com estados e municípios. Mas sua implementação foi por meio da utilização da rede privada de farmácias, por meio de convênio, e transferência de recursos públicos;

- Apesar da diferença entre o concebido e o implementado, o programa foi responsável por melhorar o acesso da população aos medicamentos, com importantes impactos no perfil sócio epidemiológico, mas não sem a contrapartida da atenção farmacêutica;

- O processo de judicialização que envolve os medicamentos é cruel e insustentável;

- Elevado número de intoxicações pelo uso inadequado de medicamentos, pelo menos um terço das notificações de intoxicações no Brasil ocorre por medicamentos, fora a subnotificação;

- Desperdícios milionários nos processos de gestão dos medicamentos – aquisição, armazenamento, conservação e dispensação;

- Importância da atuação do profissional farmacêutico na AF e nas equipes multiprofissionais dos serviços de saúde e em diversos programas públicos (tuberculose, hepatites e HIV).



V.5.c. Desafios para a assistência farmacêutica no Brasil

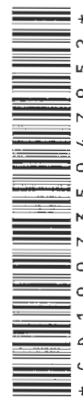
Observa-se que a CSSF trabalha constantemente com temas relacionados com a adequada assistência farmacêutica e com o acesso da população aos medicamentos. Os debates realizados mostram que essa área enfrenta alguns importantes desafios que podem dificultar, ou até impedir, a concretização do direito à saúde dentro dos limites imaginados na Carta Magna e nas leis que foram fundamentadas naquelas prescrições.

Dentre os diversos desafios que se apresentam, esta Relatoria vislumbra alguns que merecem um destaque especial, como aspectos que podem ser objeto de aprofundamento dos próximos grupos de trabalho e subcomissões que possam ser criadas para trabalhar com o presente tema, que serão a seguir comentados.

Quanto ao **controle externo**, o Tribunal de Contas da União é o principal órgão de controle externo da Administração Pública, tendo suas competências definidas no art. 71 da Constituição Federal.²⁰

A ideia de utilizar a rede privada de farmácias para ampliar o acesso da população aos medicamentos teve seus méritos. De fato, em algumas localidades, dificilmente existirá outra opção. São locais em que a presença do sistema público de saúde é muito restrita, ou simplesmente inexistente. Entretanto, em que pesem os benefícios à população proporcionados pela Farmácia Popular, nos parece que eles têm sido possíveis a um preço alto demais. Conforme constatado nas tomadas de contas especiais apreciadas pela Corte de Contas, ocorre uma grande quantidade de fraudes e irregularidades em muitos dos estabelecimentos visitados. Como pode ser visto nesses processos, os prejuízos ao erário são muito elevados em comparação com o porte dos estabelecimentos. Além disso, vale lembrar que, geralmente, a fiscalização é feita por amostragem,

²⁰ Uma das funções do TCU é avaliar as políticas e ações adotadas pelo Executivo na consecução de seus objetivos. Assim, o Tribunal rotineiramente avalia diversas ações relacionadas à assistência farmacêutica, como o Programa Farmácia Popular do Brasil. O destaque a esse programa se deve em função do número de irregularidades que têm sido apontadas nos processos que tramitam na Corte. Dentre as constatações feitas no âmbito de Tomada de Contas Especial, podemos destacar as seguintes: registro de dispensação de medicamentos do PFPB utilizando CPF em nome de pessoas falecidas; falta de notas fiscais para comprovar as aquisições de medicamentos e/ou correlatos dispensados pelo PFPB; ausência de comprovação da regularidade das dispensações de medicamentos do PFPB; registro de dispensação de medicamentos em nome de funcionários das empresas; cupons fiscais vinculados sem as assinaturas dos usuários; cupons fiscais vinculados sem a respectiva prescrição médica; cupons fiscais vinculados com informações divergentes das contidas nas correspondentes prescrições médicas; cupons fiscais vinculados com medicamentos em quantidade superior às descritas nas correspondentes prescrições médicas.



ou seja, não são todas as farmácias que participam do programa que são alvo da auditoria. Mas a impressão que se tem é que a ocorrência de irregularidades é algo generalizado e qualquer farmácia que for auditada apresentará ocorrências similares.

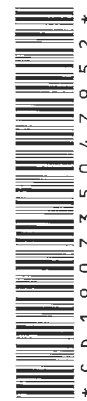
Assim, diante da enorme possibilidade de fraude e desvios de recursos públicos inerentes à forma de operacionalização do programa em comento, entendo que seria extremamente oportuno que esta Subcomissão realize um trabalho de acompanhamento específico sobre o Farmácia Popular, para avaliar se os benefícios colhidos superam os riscos de dano ao erário.

Outro importante desafio ao Sistema Único de Saúde – SUS diz respeito aos **preços de novas tecnologias**, inclusive de novos medicamentos, especialmente dos produtos biológicos. Sendo o SUS o maior comprador de medicamentos do mundo, o fator preço sempre será um componente importante na equação que envolve a prestação de uma adequada assistência farmacêutica e o equilíbrio com as disponibilidades orçamentárias.

Os custos de desenvolvimento de novos medicamentos estão ficando cada vez mais elevados. Além das exigências sanitárias mais rigorosas para o lançamento de produtos inovadores, com o intuito de proteger melhor o consumidor, o que aumenta os custos de pesquisa e desenvolvimento, a inovação no campo das formulações com princípios ativos de base química chegou a certo limite, um esgotamento.

Nesse contexto, os medicamentos biológicos têm ganhado mais espaço nos laboratórios farmacêuticos como a opção mais viável para superar os limites citados. Da mesma forma que acontece com as infinitas possibilidades imaginadas com as novas tecnologias, o preço também não encontra um teto. Em consequência, surgem produtos extremamente caros e que podem representar impactos significativos no orçamento da saúde em sistemas com acesso universal, como o brasileiro.

O SUS precisa lidar com esses novos produtos perante as limitações de recursos que vivencia. A judicialização envolve muitos desses produtos, de preço bastante elevado e que não fazem parte da Rename. O melhor exemplo dessa situação foi o medicamento Soliris (eculizumabe). De acordo com



levantamento da Advocacia Geral da União²¹, o custo para fornecimento desse medicamento, indicado para o tratamento de hemoglobinúria paroxística noturna (HPN), é de R\$ 1.316.595,38 (um milhão trezentos e dezesseis mil quinhentos e noventa e cinco reais e trinta e oito centavos) por paciente.

Nos próximos anos, espera-se que a demanda por medicamentos de maior complexidade, produzidos por seres vivos, passarão a ser cada vez mais comuns e os produtos de 1ª escolha para muitas doenças. Possivelmente, os protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas passarão a incorporar diversos deles e, conseqüentemente, a Rename também deverá incorporá-los progressivamente, com uma substituição às tecnologias atuais, aos medicamentos de base química, que têm preços muito inferiores.

Isso certamente trará impactos expressivos sobre o orçamento público, e se contrapõe com os limites dos gastos públicos impostos pelas leis orçamentárias. Com produtos mais caros para os entes públicos, que estão limitados pela Constituição e pelas leis, proibidos de ampliar os gastos, pode-se prever maiores restrições de acesso da população que conta somente com o SUS para ter acesso aos medicamentos.

Certamente esse é outro tema desafiador para o sistema público e que merece uma atenção mais apurada dos diversos atores sociais que têm interesse no direito à saúde. A nosso ver, esse pode ser outro aspecto a ser aprofundado, futuramente, pela CSSF.

A **judicialização** de demandas relacionadas com o acesso aos medicamentos tem se mostrado um fenômeno crescente. Além de impactar negativamente o sistema judiciário, com uma enxurrada de processos, traz prejuízos ao planejamento do SUS, ao processo orçamentário, ao controle das despesas e, em última análise, ao acesso equitativo à atenção à saúde coletiva.

Os recursos destinados ao sistema público de saúde são limitados, mas as demandas sociais que envolvem o acesso à atenção integral à saúde não encontram limites. Pode-se prever, dentro desse contexto, uma grande

²¹ Advocacia Geral da União. Parecer Referencial nº 14/2017/CONJUR/MS/CGU/AGU. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/02/Parecer%20Referencial%2000014-2017_SOLIRIS%20ECULIZUMABE.pdf



probabilidade de ocorrência de lide, como os números da judicialização da saúde no Brasil comprovam.

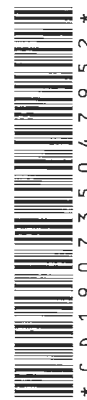
Segundo o Conselho Nacional de Justiça, entre 2008 e 2017, o número de demandas judiciais relativas à saúde registrou um aumento de 130%, enquanto o aumento no número total de processos aumentou 50%. Pesquisa realizada pelo Insuper²² para o CNJ identificou que o setor de saúde foi responsável por 498.715 processos de primeira instância distribuídos em 17 tribunais de justiça estaduais, e 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais de justiça estaduais. Os números refletem no orçamento do Ministério da Saúde, que registrou um crescimento, em sete anos, de aproximadamente 13 vezes nos gastos com demandas judiciais, alcançando R\$ 1,6 bilhão em 2016.

Os números também assustam porque demonstram, entre outros aspectos, que ainda há negação do direito à saúde. O Judiciário é procurado pelo paciente quando algum direito seu não é garantido, a princípio. Em regra, o paciente busca o atendimento à saúde no sistema público e, muitas vezes, acaba experimentando a negação do princípio da integralidade da atenção. Em muitas situações, como no caso da falta de medicamentos, pode não restar outra alternativa ao paciente que não seja recorrer ao Estado-Juiz.

Entretanto, esse contexto precisa ser modificado com a melhoria de acesso adequado aos serviços de saúde, em sua integralidade. Muitos pedidos judiciais envolvem medicamentos simples, utilizados na atenção básica, que estão em falta nas farmácias públicas devido a falhas operacionais, em muitos casos. Existem pedidos que envolvem tecnologias que não fazem parte dos produtos padronizados e que, obviamente, não existirão nas farmácias públicas, pois não são rotineiramente adquiridos. Além disso, há ações em que o pedido envolve produto que sequer existe no Brasil, nem foi registrado junto à Anvisa.

A judicialização levanta questionamentos que precisam ser enfrentados não só pelo Poder Judiciário, mas também pelos gestores públicos da área de saúde. Existem vias alternativas que podem ser exploradas, como a arbitragem e a mediação, para evitar que um pedido, às vezes bem simples, vire uma ação judicial, que acarreta custos bem mais elevados se comparados com as despesas no fornecimento direto do produto. Os gestores do SUS podem avaliar a

²² BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e posturas de solução. Brasília, 2019.



possibilidade do uso de mecanismos de mediação de conflitos e/ou de arbitragem como forma de garantir a concretização do direito à saúde, sem gerar impactos significativos no sistema judicial, o que demandam estudos mais profundos para tal.

O Supremo Tribunal Federal – STF também tem se mostrado sensível aos impactos gerados pelas demandas judiciais envolvendo medicamentos. Em recente decisão, no âmbito do Recurso Extraordinário nº 6577185, relatado pelo Ministro Marco Aurélio, foi fixada a seguinte tese para efeito da aplicação da repercussão geral²³:

1) O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais;

2) A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial;

3) É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: I - a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); II - a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; III - a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

4) As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Como visto, a judicialização, apesar de ser um fenômeno bastante complexo, pode ser devidamente manejada para que tenha a efetividade almejada, mas dentro de limites que protejam o interesse coletivo. Não só a atuação do Conselho Nacional de Saúde e do STF podem ter utilidade na busca de tal finalidade, mas também a adoção de ferramentas e boas práticas gerenciais no âmbito do SUS.

Em que pesem as observações feitas anteriormente, importa destacar que a questão da judicialização não foi objeto específico de análise desta Subcomissão, na profundidade que o tema requer. Todavia, tendo em vista a sua

²³ <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>



magnitude e impactos na saúde coletiva, consideramos ser recomendável o aprofundamento da análise sobre essa questão, como um dos temas a ser tratado futuramente pela CSSF, no intuito de encontrar possíveis soluções para a situação, em especial a avaliação sobre o uso de ferramentas como a arbitragem, a mediação e a conciliação, para que as controvérsias sejam solucionadas sem a necessidade de intervenção do Estado-Juiz.

Ainda no campo da assistência farmacêutica, a Presidente da Subcomissão encaminhou informes relacionados ao diabetes, transcritos a seguir:

“Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e da ADJ – Diabetes Brasil oficiados ao Ministério da Saúde ao longo do ano, constatam-se dificuldades de acesso, dispensação e escoamento das insulinas análogas de ação rápida em diversas unidades federativas do país. Estima-se que, até agosto deste ano, das 3,9 milhões de canetas adquiridas pelo Ministério da Saúde no 4º trimestre de 2018 e no 1º de 2019, ainda estavam em estoque 2,8 milhões de canetas.

Em virtude desta situação, a Presidente da Frente Parlamentar de Combate ao Diabetes, deputada Flávia Moraes (PDT/GO), se reuniu com o Secretário da SCTIE/MS, Dr. Denizar Vianna, e com a assessoria técnica da SAPS/MS no dia 6 de novembro. Na ocasião, o Secretário concordou com o diagnóstico que vem sendo apontado pela entidade médica e pelas associações de pacientes desde o início do ano sobre a existência de um grave gargalo de escoamento das insulinas asparte, e se mostrou disposto a construir uma solução o quanto antes.

Uma das alternativas imediatas apresentadas como resposta a esta situação foi a criação de uma diretriz nacional do Ministério da Saúde que padronize e oriente a prescrição e a dispensação da insulina análoga de ação rápida nos estados e no distrito federal. Tal diretriz deverá ser feita a partir de uma Nota Técnica do Ministério.

Todavia, observa-se que a burocracia excessiva e o número restrito de unidades de saúde (US) para a dispensação da insulina asparte são entraves importantes na maioria dos estados para o acesso ao medicamento. Portanto, como forma de solucionar este gargalo, indica-se que, por meio da referida nota técnica e de outras possíveis ações, o Ministério da Saúde adote:



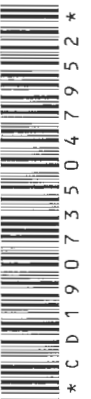
a) exigência semestral de apresentação de receita médica atualizada com os parâmetros de controle da glicose exigidos no protocolo de forma simplificada;

b) renovação anual do relatório médico;

c) simplificação e redução de questionários;

d) padronização básica nacional da prescrição da insulina análoga de ação rápida;

e) dispensação nas Unidades Básicas de Saúde, como ocorre com as insulinas humana regular e NPH, para facilitação do acesso.”



VI – FONTES ADICIONAIS DE INFORMAÇÕES PARA A SUBCOMISSÃO

Essa seção destaca informações presentes no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) do SUS do nível federal (janeiro a abril de 2019)²⁴ e em levantamento realizado sobre proposições legislativas de interesse para os eixos da Subcomissão.

VI.1 Dados do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS

Segundo a Lei Complementar nº 141, de 2012, o gestor do Sistema Único de Saúde - SUS deve publicar relatórios quadrimestrais com informações, entre outras, sobre a oferta e a produção de serviços, bem como acerca dos indicadores de saúde da população.

Dos 13 objetivos presentes no RQPC (também existentes no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde) há cinco que se relacionam ao **eixo de Gestão, Recursos e Planejamento** e que foram objeto de esclarecimentos nas informações adicionais de tal relatório.

No objetivo 07 (promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS) foi informado que, no caso das parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP), a situação da meta “encontra-se em andamento, porém o status é crítico em função do Ministério da Saúde decidir em não prosseguir com as outras oito parcerias, o que compromete o alcance da meta”.

A coleta e distribuição de plasma dos serviços de hemoterapia encontra-se suspensa desde outubro de 2016, por conta do excesso de plasma armazenado. “A expectativa é que o estoque acumulado seja processado por um novo fracionador internacional, viabilizando a normalização do estoque da Hemobrás e a retomada da coleta de plasma junto à Hemorede.” O próprio relatório recomenda: “estabelecer uma definição de responsabilidades clara entre

²⁴ Dados disponíveis em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/1_relatorio_quadrimestral_prestacao_contas_janeiro_a_abril_2019.pdf.



Hemobrás e MS e acelerar as contratações necessárias para o processamento do plasma brasileiro”.

A meta de “executar 75% do processo de transferência de tecnologia dos hemoderivados, visando a produção pela Hemobrás” encontra-se em atraso, tendo atingido no quadrimestre apenas 46%. Há recomendação de “acelerar as contratações e fortalecer a equipe de engenharia”.

No objetivo 10 (promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho) há menções a projetos de capacitação específicos, sem que seja oferecida uma visão das necessidades mais amplas do setor.

No objetivo 11 (fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã) são mencionadas atividades de capacitação de lideranças na comunidade e de ampliação de ouvidorias e implantação de comitês de equidade.

No objetivo 12 (aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS), quanto à formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), instituído pelo Decreto 7.508/2011, o relatório informa que logrou êxito em apenas dois estados:

“Ceará e Mato Grosso do Sul, e atingiu 6% de regiões de saúde. Em 2016, as Comissões Intergestores Bipartite - CIB desses estados decidiram pela sua não renovação, em virtude de questões referentes à necessidade de revisão do instrumento e de seu fluxo. O tema foi levado ao conhecimento do plenário da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como também foi avaliado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS). Esta esclareceu que a adesão ao COAP pelos entes federativos não é obrigatória, visto ter sido regulamentado por Decreto, sendo que somente Lei poderia estabelecer este tipo de obrigação. Diante disso, por meio da Resolução CIT nº 03/2016, foi instituído um subgrupo de trabalho vinculado ao Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com o objetivo de revisar o Decreto 7.508/11 e apresentar uma nova proposta, o que resultou na pactuação de



resoluções que estabelecem diretrizes para os processos de regionalização e planejamento regional do SUS, contribuindo para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quais sejam: Resolução CIT nº 10/2016, onde ficou estabelecido que novos serviços de saúde que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão ser acordados previamente entre todos os entes envolvidos em processo de planejamento integrado; e Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018 que instituem critérios para a criação de Macrorregiões de Saúde, observando a sustentabilidade da alta complexidade e mínimo populacional, bem como definem que o Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, cujo produto comporá o Plano Regional, pactuado na CIB e cuja consolidação será parte do Plano Estadual de Saúde. Ainda em 2018, por ocasião da revisão do PPA, foi proposta e aceita a redução da Meta, de 60% para 8,8% de COAP implantados, tendo em vista a impossibilidade de exclusão da meta em questão. Em sequência ao debate, foi retomada a agenda do subgrupo de trabalho acima referido, no primeiro quadrimestre de 2019, sendo formulada Resolução Tripartite que resgata o conceito original do COAP, qual seja: “acordo de colaboração entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde”. Nesse sentido, a elaboração do COAP deve observar as resoluções CIT que tratam da regionalização e do planejamento regional integrado (Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018), sendo o acordo de colaboração formalizado no Plano Regional. Assim, espera-se que o movimento de planejamento regional, previsto para ocorrer ao longo de 2019, possa dar cumprimento à meta ora analisada. Cabe ainda destacar a revogação da Resolução CIT nº 3/2012, que estabelecia regras e fluxos para o COAP, as quais, segundo argumentos apresentados pelos estados que celebraram esse instrumento, inviabilizavam seu seguimento nesse formato.”

Observa-se que o setor saúde está modificando previsão de decreto por meio de Resoluções da CIT, o que se configura numa inversão na hierarquia de normas.



No objetivo 13 (melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS), foi mencionada discussão de metodologia de rateio dos recursos federais entre os entes federados, desde o início de 2018, no âmbito do PROADI, com objetivo de debater as necessidades de saúde, indicadores relacionados e a metodologia de cálculo de rateio propriamente dita, com vistas a futura deliberação no âmbito da Tripartite (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS). Foi destacado que o projeto foi fruto de demanda do CONASEMS no âmbito do Comitê Gestor do PROADI e firmado em julho/2018 com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, com previsão de término em dezembro de 2020. Estão previstas três etapas de discussões: a) necessidades de saúde; b) indicadores relacionados às necessidades de saúde; e c) metodologia para os critérios de rateio conforme necessidade de saúde.

Com relação ao **eixo da Atenção Básica**, optou-se por analisar o último Relatório de 2018²⁵, publicado em fevereiro de 2019, apresenta dados que se seguem (p. 51 e ss).

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi estendida a 42 novos municípios; ao final do ano, 4.383 municípios contavam com ao menos uma farmácia ou drogaria credenciada. A taxa de cobertura, todavia, manteve-se constante nos três quadrimestres, em 78,7%, percentual inferior à meta para o ano, que eram 82%.

A taxa de incidência de dengue foi de 126,7 casos prováveis para cada 100 mil habitantes, com mais de 264 mil casos prováveis. Houve 144 óbitos pela doença, bem abaixo da meta estabelecida, de 802 casos.

Ao longo de 2018, 33,7% dos casos novos de tuberculose pulmonar foram diagnosticados por meio do teste rápido molecular, superando a meta de 25%. O relatório aponta cerca de 66 mil novos casos de tuberculose pulmonar, ainda a serem confirmados posteriormente.

²⁵ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Planejamento. 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas: janeiro a dezembro 2018. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_relatorio_quadrimstral_prestacao_controle_janeiro_dezembro.pdf>. Acesso em: 4 out 2019.



O país registrou em 2018 cerca de 185 mil casos autóctones de malária, com redução de 2% em relação ao ano de 2017, porém acima da meta, de 109 mil casos.

Acerca das investigações de óbitos maternos, a meta era que 24 das 27 unidades da federação - UF investigassem ao menos 90% dos casos. Para esse indicador, os resultados não são cumulativos, mas se referem a cada quadrimestre. Houve grande flutuação nos três períodos: no primeiro quadrimestre, 10 UF investigaram pelo menos 90% dos casos; no segundo quadrimestre, apenas uma; no terceiro, 21 o fizeram. Assim, os resultados foram todos inferiores à meta.

Foram realizados 2.134.217 testes de sífilis em gestantes ao longo do ano, com distribuição similar nos três períodos. O número total foi inferior ao de 2017 e também à meta para o ano, que era de 2.280.000 testes.

Foram registradas mais de 593 mil pessoas vivendo com HIV/aids em terapia antirretroviral - Tarv, superando a meta, de 580 mil.

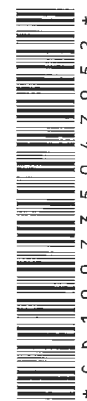
Houve aumento da cobertura populacional por equipes de saúde da família - ESF, passando de 63,69% para 64,19%. Não se atingiu, todavia, a meta de 67,32%.

No que respeita à cobertura por equipes de saúde bucal - ESB, concluiu-se o ano com 42,14%, resultado pouco superior ao de 2017 – 41,1% – e inferior à meta para 2018, estabelecida em 42,92%. Registre-se que, no segundo quadrimestre de 2018, a cobertura alcançou 52,26%, bem acima do previsto. Houve, porém, redução importante nos últimos meses do ano.

Esses indicadores serão novamente avaliados pelo Ministério da Saúde este ano e os resultados serão apresentados no 3º Relatório quadrimestral de 2019, que deverá ser publicado em fevereiro de 2020.

Com relação aos objetivos associados ao eixo da **Média e Alta complexidade**, essas são as informações aportadas pelo RQPC:

1) Quanto ao orçamento previsto, a dotação atualizada foi de R\$48.047.734.888; havendo sido empenhado o montante de R\$15.656.608.265, ou 32,59%, valor muito próximo de 1/3 do total, correspondente ao quadrimestre.



2) No tocante às transferências fundo a fundo, totalizaram R\$ 10.143.011.712 para os fundos municipais e R\$5.803.442.407 para os fundos estaduais 2018

No primeiro quadrimestre de 2019 foram empenhados R\$ 5.540.926.113,88 para os estados e liquidados R\$ 5.503.055.233,03; para os municípios foram empenhados R\$ 9.648.610.744,49 e liquidados 9.546.155.144,28.

No que concerne o **eixo da Assistência Farmacêutica**, observa-se que a Programação Anual de Saúde do SUS para o ano de 2019 fixou como um de seus objetivos (Objetivo 6) “ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS”. Ele envolve iniciativas voltadas para a promoção da pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de produtos indicados na terapêutica médica, com finalidade de potencializar resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo concentra esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às demais diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária para o acesso aos medicamentos em um cenário de garantia da integralidade da atenção.

O Relatório do 1º quadrimestre de 2019, que traz os dados relacionados com o cumprimento das metas entre janeiro e abril, demonstrou que as metas estão bem próximas de serem atingidas. A primeira meta diz respeito à ampliação do "Aqui Tem Farmácia Popular" para pelo menos 83% dos municípios brasileiros que possuam farmácias e drogarias, com prioridade para os municípios do Plano Brasil Sem Miséria e do Programa Mais Médicos. Até abril, cerca de 78,67% dos municípios possuíam estabelecimentos credenciados.

A segunda meta definida está relacionada com a disponibilização de 3,0 UI de Fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 UI de Fator IX per capita (hemofilia B), por ano, para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias. Até abril, os valores aferidos foram de 1,76 UI de Fator VIII e 0,17 UI de Fator IX.

A terceira meta é a disponibilização de 100% dos medicamentos e insumos estratégicos adquiridos pelo Ministério da Saúde. O Relatório informa que tal meta foi cumprida no período de janeiro a abril de 2019.



A meta de número quatro, de ampliar para pelo menos 60,32% a aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos destinados ao tratamento de doenças de perfil endêmico selecionadas, teve um patamar fixado para o ano de 2019 em 25%. Entre janeiro e abril de 2019, o Ministério conseguiu atingir 50% de aquisição nos laboratórios públicos.

A quinta e última meta do Objetivo 6 é implantar o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) em 63,09% dos municípios brasileiros já em 2019. Entre janeiro e abril de 2019, 51,4% dos municípios brasileiros tinham o programa implantado.

Com relação ao **eixo de Prevenção e Promoção da Saúde**, as ações estão contempladas no Objetivo 04, “reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável”. São desenvolvidas ações de vigilância epidemiológica, ambiental e da saúde do trabalhador, de promoção da saúde, da alimentação saudável e da prática de atividade física, por meio do Programa Academia da Saúde. Ainda são propostas intervenções para reduzir a ocorrência de doenças relacionadas ao meio ambiente.

A aquisição de imunobiológicos de responsabilidade do Ministério da Saúde foi cumprida em sua plenitude, bem como ações de ampliar a alimentação saudável, reduzir o consumo de refrigerante e suco artificial e deter o crescimento de obesidade entre adultos estão sendo atingidas, desenvolvidas com articulação com a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN.

As informações a respeito de medidas de saneamento estão ainda indisponíveis.

O Objetivo 05 trata da proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas por meio de ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária da população de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Com exceção de atenção odontológica, os objetivos relacionados à ampliação do percentual de crianças menores de 5 anos com esquema completo de acordo com o calendário indígena de vacinação ou



acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional; acesso ao pré-natal das gestantes indígenas; consultas de crescimento e desenvolvimento para crianças indígenas menores de 1 ano estão demonstrando bom desempenho. Entretanto, o RQPC ressalta que entre os pontos críticos para a execução da meta, destacam-se a dificuldade de envio de dados pelos DSEI; utilização de planilha devido a subnotificação dos dados no módulo de imunização do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena-SIASI local; dificuldade com recursos humanos para realização da vacinação nas aldeias (barqueiros, profissionais de enfermagem); e dificuldade de transporte (terrestre, aéreo ou fluvial) e de acesso geográfico ou de logística.

A conclusão e funcionamento de sistemas de abastecimento de água estão bastante aquém das metas propostas. O Relatório credita o baixo desempenho a dificuldades de realização de licitações, de fiscalização das obras e de cumprimento dos contratos pelas empresas.

VI.2 Proposições em tramitação, segundo eixos temáticos

Por meio de busca ao Sistema de Informações Legislativas (Sileg) da Câmara dos Deputados foram identificadas as seguintes proposições legislativas com potencial para promover modificações significativas nas políticas de saúde.

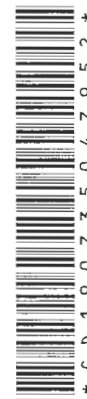
No eixo de Gestão, Recursos e Planejamento são elas:

- PL 1374/2019, que institui instrumento de pactuação regional e fundo associado (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto);

- PL 1375/2019, que institui o Plano Nacional Decenal da Saúde (de autoria do Deputado Júnior Ferrari, tramitando na CSSF, aguardando parecer da Relatora, Deputada Carmen Zanotto);

- PRN 8/2015, que regulamenta a apresentação do Relatório Quadrimestral do SUS no Congresso Nacional (de autoria do Sr. Betinho Gomes, tramitando no Congresso Nacional, aguardando votação pelo Plenário);

- PEC 245/2013, que destina recursos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural para as áreas de educação, saúde, meio ambiente, ciência e tecnologia, defesa e



segurança pública, energia e infraestrutura (de autoria do Sr. Angelo Vanhoni, tramitando apensada à PEC 545/2006, aguardando procedimento da Mesa da Câmara dos Deputados);

- PEC 1/2015, que altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% (de autoria do Deputado Vanderlei Macris e pronta para pauta do Plenário da Câmara);

- PEC 79/2015, que dá nova redação ao parágrafo 10 do art. 166 da Constituição Federal, para excluir expressamente do piso constitucional destinado pela União às ações e serviços de saúde o montante das emendas parlamentares com a mesma destinação (de autoria do Deputado Célio Silveira e aguardando deliberação na CCJC);

- PLP 251/2005, que inclui parágrafos no art. 19 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, para aumentar o gasto com pessoal na área de saúde para até 75% (setenta e cinco por cento) dos recursos financeiros destinados à saúde (de autoria do Sr. Roberto Gouveia e pronta para pauta do Plenário da Câmara);

- PL 2760/2015, que viabiliza a criação de uma conta específica no Sistema Único de Saúde pelo governo federal, a fim de aportar os recursos provenientes de condenações e devolução de dinheiro público desviados indevidamente pelos agentes públicos (de autoria do Deputado Beto Rosado e pronta para pauta na CCJC);

- PL 5978/2016, que cria a obrigação de recomposição dos gastos realizados pelo Sistema Único de Saúde Municipal receptor decorrentes do atendimento de cidadão domiciliado em Município diverso do de atendimento. (de autoria do Sr. Simão Sessim e pronta para pauta na CSSF).

No eixo da **Média e Alta complexidade** destacam-se:

- PL 4166/2004, que dispõe sobre o tratamento de saúde no exterior custeado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, de autoria do Sr. Rafael Guerra;



- PL 2061/2003, que disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências., de autoria da Sra. Maninha;

- PL 4889/2005, que estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana, de autoria do Sr. Salvador Zimbaldi;

- PL 4892/2012, que institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais, de autoria do Sr. Eleuses Paiva;

- PL 115/2015, que institui o Estatuto da Reprodução Assistida, para regular a aplicação e utilização das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos no âmbito das relações civis sociais, de autoria do Deputado .Juscelino Rezende Filho;

- PL 4097/2004, Dispõe sobre as condições para a realização e análise de exames genéticos em seres humanos,de autoria do Sr. Zenaldo Coutinho.

No eixo da **Assistência Farmacêutica** destacam-se:

- PL 4941/2019, que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas especificadas em regulamento, de autoria do Sr. Valdevan Noventa;

- PL 4113/2019, que cria programa de acesso aos medicamentos antipsicóticos e antidepressivos e dá outras providências, de autoria do Sr.. Nivaldo Albuquerque;

- PL 2233/2019, que dispõe sobre incentivos fiscais e registro sanitário simplificado de medicamentos órfãos, de autoria da Sra. Rejane Dias;

- PL 2216/2019, que acresce dispositivos ao art. 22 da Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, para dispor sobre registro e fracionamento de medicamentos para dispensação, e dá outras providências, de autoria da Sra. Magda Mofatto;



- PL 2036/2019, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, para aprimorar o registro de medicamentos, de autoria do Sr. Hiran Gonçalves;

- PL 1069/2019, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) na produção de medicamentos, de autoria do Sr. José Medeiros;

- PL 267/2019, que dispõe sobre a oferta de medicamentos essenciais ao tratamento do paciente oncológico pelas indústrias farmacêuticas, de autoria do Deputado Dr. Frederico;

- PL 9919/2018, que cria o Programa de Fortalecimento e Interiorização da Assistência Farmacêutica e dá outras providências, de autoria do Sr. Domingos Neto;

- PL 10135/2018, que acrescenta os §§ 1º e 2º ao art. 6º da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, para dar tratamento diferenciado às farmácias de pequeno porte situadas em municípios com menos de 100 mil habitantes, no que tange à exigência da presença do farmacêutico, de autoria do Sra. Simone Morgado;

- PL 10234/2018, que obriga a divulgação de listagem com os medicamentos que são distribuídos gratuitamente à população pelo SUS, nos estabelecimentos comerciais que revendam estes medicamentos, de autoria do Sr. Victor Mendes;

- PL 8012/2017, que acrescenta parágrafo único ao art. 5º da Lei nº 13.021 de 8 de agosto de 2014, para dispor sobre os serviços e procedimentos relacionados à assistência farmacêutica, de autoria do Sr. Rômulo Gouveia;

- PL 8902/2017, que altera o art. 8º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, para permitir a dedução das despesas com aquisição de medicamentos de uso contínuo da base de cálculo do imposto de renda das pessoas físicas, de autoria do Sr. Roberto Sales;

- PFC 116/2017, que requer que a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle realize, com o auxílio do Tribunal de Contas da União (TCU),



ato de fiscalização e controle para verificar compra emergencial pelo Ministério da Saúde do medicamento Eritropoietina (Alfaepoetina) da China, de autoria do Deputado Jorge Solla;

- PL 5610/2016, que acrescenta parágrafo único ao art. 47 da Lei nº 8.080, de 19, de setembro de 1990, para obrigar a divulgação periódica dos medicamentos em estoque nas farmácias públicas do SUS, de autoria do Sr. Rômulo Gouvêa;

- PL 1606/2011, que dispõe sobre a dispensação de medicamentos para doenças raras e graves, que não constam em listas de medicamentos excepcionais padronizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, de autoria do Sr. Marçal Filho;

- PL 8044/2010, que institui a Política Nacional de Medicamentos, de autoria do Senado Federal (Papaléo Paes);

- PL 3167/2008, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos para portadores de doenças crônicas de baixa prevalência ou rara a pacientes da rede pública de saúde e dá outras providências, de autoria do Sr. Luiz Carlos Hauly;

- PL 3706/2004, que dispõe sobre distribuição de medicamentos para doenças crônicas e dá outras providências, de autoria do Sr. Eduardo Paes;

- PL 7446/2002, que estabelece a assistência farmacêutica no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde, de autoria do Sr. José Carlos Coutinho;

- PL 3899/2000, que dispõe sobre o ressarcimento, pelo Sistema Único de Saúde, dos gastos com medicamento de uso contínuo indisponível na rede local do Sistema. Explicação: Altera a Lei nº 8.080, de 1990, de autoria do Sr. José Carlos Coutinho;

- PL 2099/1999, que dispõe sobre a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde, de autoria do Sra. Zaire Rezende.

No eixo da **Prevenção e Promoção da Saúde** destacam-se:

a) Projetos para exigir vacina para matrícula escolar



- PL 1429, de 2019, do Deputado Luciano Ducci, que “estabelece a obrigatoriedade de apresentação da Caderneta de Saúde da Criança quando da matrícula de aluno nas redes públicas e privadas de educação”;

- PL 1840, de 2019, do Deputado Baleia Rossi, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação da carteira de vacinação no ato da matrícula escolar”;

- PL 3530, de 2019, do Deputado Fábio Faria, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da apresentação da caderneta de vacinação ou equivalente nos casos em que especifica”.

b) Projetos sobre acidente de trânsito

- PL 3920, de 2008, do Senado Federal, que “altera o art. 320 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, para incluir as atividades de salvamento e resgate no trânsito entre as destinações possíveis dos recursos arrecadados com as multas de trânsito. A proposta tem 73 apensadas e aguarda apreciação pelo Plenário;

- PL 4609, de 2009, do Deputado Pedro Henry, que “altera dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), aumentando a progressividade das penalidades nos casos em que o condutor de veículo automotor dirigir após ter consumido bebida alcoólica”. A proposta em 12 apensadas e aguarda apreciação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania;

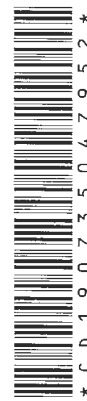
- PL 362, de 2019, do Deputado Alceu Moreira, que “acrescenta artigo à Lei nº 10.406, de 2002, Código Civil, a fim de estabelecer a responsabilidade civil perante o Poder Público e a Previdência do agente que causa acidente com dolo ou culpa grave”;

c) Projetos sobre agrotóxicos

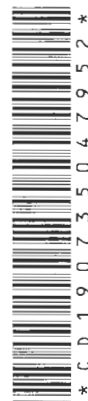
- PL 3986, de 2000, do Deputado Dr. Rosinha, que “dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de intoxicação por agrotóxicos. A proposta foi aprovada pelo Senado Federal e está pronta para apreciação pelo Plenário;

- PL 6670, de 2016, da Comissão de Legislação Participativa, que “Institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos - PNARA, e dá outras providências”. A proposta está pronta para a pauta do Plenário.

d) Projeto sobre alimento adicionado de açúcar



- PL 8541, de 2017, do Deputado Paulo Teixeira, que “aumenta a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados incidente sobre a importação ou saída de bebidas não alcoólicas adoçadas com açúcar”. Estão apensados três projetos.



VII – CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES

Em geral, nas atividades realizadas pela Subcomissão ficou evidente a complexidade do sistema de saúde do Brasil, que mesmo enfrentando desafios das transições cultural, demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica, tem apresentado para a sociedade valiosos serviços e uma impressionante produção.

No âmbito do eixo da **Gestão, Recursos e Planejamento** foi reiterada a situação de subfinanciamento do SUS (caracterizado pela redução relativa da participação da União e aumento da participação de Estados e, principalmente, dos Municípios), agravado pela crise econômica e, mais recentemente, pelo “desfinanciamento” do setor. Nesse contexto, o debate neste eixo também buscou evidenciar problemas e sugestões de aperfeiçoamento na esfera da gestão, sem, contudo, excluir o debate da melhoria do financiamento.

Observa-se uma clara preocupação com a Emenda Constitucional 95/2016, que foi apontada como um impeditivo na expansão dos recursos públicos a serem aplicados no SUS.

Também preocupa a limitação do gasto com recursos humanos imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal. É, notoriamente, um desafio para a necessidade iminente da expansão dos serviços de saúde, tanto pelo aumento populacional, quanto pelo aumento da expectativa de vida; além do momento pós recessão econômica, que levou três milhões de usuários de planos de saúde migrarem para o SUS.

No campo da gestão, foi consensual a necessidade de aperfeiçoar o **modelo de atenção à saúde**, incluindo o fortalecimento da **atenção primária**, mas com a devida atenção ao aprimoramento de **serviços de maior complexidade**, por exemplo, por meio da **definição de uma política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar**.

A **regionalização** é central e seu desenvolvimento é relevante para garantir acesso e integralidade no sistema, ainda que problemas na esfera política dificultem a elaboração de planos regionais. A regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, com vistas à ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de saúde. A regionalização também contribuiu para um resgate do papel dos Estados



no SUS e a edição da Portaria 4279/10, que aborda as redes de atenção à saúde, também reforçou a sua necessidade.

Dos debates sobre temas específicos de gestão, sobressaiu-se a atuação dos **consórcios de saúde**, que foram considerados importantes instrumentos de gestão para os municípios, possibilitando ganhos de escala e racionalização na oferta de serviços de saúde, embora o registro de sua produção e seu financiamento enfrentem dificuldades. Não se considera necessário desenvolver uma política específica sobre consórcios, contudo um grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde buscará medidas para um melhor aproveitamento deste instrumento.

Ainda no campo da gestão, a Portaria da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) 233/2019, incluindo as despesas de pessoal das Organizações Sociais (OS) no limite da LRF representa ameaça de fechamento iminente de diversas unidades de saúde no País.

Outros gargalos que demandam soluções incluem:

- a **judicialização**, envolvendo os três níveis da federação, mas particularmente no nível municipal, em que gestores estão sujeitos a atender demandas rapidamente, sob pena de multa e até prisão, gerando situações em que outros setores da saúde ficam prejudicados – apenas no nível federal os gastos anuais com a judicialização chegam a R\$ 7 bilhões;

- a **insuficiente informatização** do sistema, que precisa atender às necessidades do sistema de saúde, com base em prontuário eletrônico padronizado, seguro e abordando um conjunto mínimo de dados; num contexto de dificuldades de infra estrutura para abranger todo o território nacional;

- o uso ainda **incipiente de novas tecnologias** no campo da tele saúde, as quais possuem o potencial de ampliar a eficiência do sistema e aumentar a qualidade da atenção, quando criteriosamente utilizada, de modo a manter os padrões de segurança para os usuários do sistema de saúde; e a

- a não implementação do **planejamento ascendente** em sua plenitude, apesar de já estar previsto na legislação sanitária desde a criação; o que tem mantido o viés de centralização das políticas públicas de saúde, a partir do nível federal, ainda que as pactuações entre os gestores dos três níveis da federação representem um avanço nesse sentido.



Foi percebida uma ampla atividade nas **instâncias de participação do SUS**, que precisa ser concretizada na efetiva consideração das demandas dos cidadãos na gestão do SUS, de modo que suas necessidades sejam atendidas com a devida presteza e qualidade, e com o devido senso de urgência.

Com relação aos recursos provenientes de **emendas parlamentares**, foi indicado que necessitam contribuir para o sistema de saúde de forma mais coerente e planejada, para evitar ineficiências e apoiar a superação de problemas identificados no âmbito regional.

Quanto à adoção de um **plano decenal de saúde**, apesar de, em geral, gestores do SUS considerarem que os instrumentos de gestão existentes serem suficientes, a inexistência de metas de longo prazo para o SUS dificulta o avanço do sistema, uma vez que não há uma visão de longo prazo para direcionar esforços para uma situação em que as demandas dos **cidadãos estejam no centro do sistema**.

Os trabalhos do eixo temático da **Atenção Básica** centraram-se, neste primeiro momento, em dois principais focos: avaliação preliminar de indicadores de saúde e de serviços, presentes nos relatórios quadrimestrais que o Ministério da Saúde necessita elaborar em obediência à Lei Complementar nº 141, de 2012, e acompanhamento da implementação ou do fortalecimento de programas e políticas de atenção básica consideradas estratégicas, especialmente no campo das políticas públicas de atenção à população negra.

Essa primeira avaliação servirá de balizador para que se levem a cabo ações de monitoramento do desenvolvimento da área, sempre tendo em consideração a evolução dos parâmetros ora definidos, porém também com a possibilidade de sua ampliação em face de novas situações-chave.

Merecerão especial atenção desta Subcomissão Permanente de Saúde os dois programas de provimento de médicos em locais ditos de maior vulnerabilidade, que provavelmente coexistirão nos próximos anos – o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil. Enquanto o primeiro se encontra em fase de reestruturação, o segundo está em fase de aprovação pelo Congresso Nacional.

Além desses, o Programa Saúde na Hora e a Estratégia de Saúde da Família também assumem papel destaque. Ressalte-se que – conforme explanado na reunião de trabalho ocorrida – o Ministério da Saúde pretende criar



indicadores de desempenho para avaliar os trabalhos das equipes de saúde da família. Tais indicadores também colaborarão para monitoramento mais efetivo dos resultados alcançados pela política.

Sobre o eixo temático da **Média e Alta Complexidade** ambulatorial e hospitalar é reconhecido que representa um grande desafio na evolução do SUS. Para o ano de 2019, foram alocados no orçamento federal mais de 52 bilhões de reais como custeio aos gestores municipais e estaduais que possuem os serviços a serem ofertados à população. Contudo, tais recursos acabaram ficando distantes da necessidade local de financiamento, gerando a necessidade de alocação de valores vultosos por parte de municípios e estados.

Toda a discussão do que chamamos da Média e Alta Complexidade - MAC perpassa por outras organizações necessárias ao SUS, sejam os sistemas logísticos, como os de Regulação. As discussões levantadas em audiências públicas pontuaram temas relevantes como o acesso e tratamento dos pacientes acometidos com doenças crônicas (diabéticos), bem como outras que até então não eram tão debatidas como no caso dos pacientes traqueostomizados. Esses debates trazem à luz questões que muitas vezes estão enviesadas na dificuldade de acesso aos serviços e que vêm recebendo a atenção necessária pelo sistema público de saúde.

Da mesma maneira, as redes de atenção da alta complexidade necessitam ser revistas, para que seja realizada uma adequação ou até mesmo nova conformação de suas atuações, sendo elas: Oncologia, Cardiologia, Ortopedia, Nefrologia e Neurologia. Os principais temas de debate nesse setor foram destacados na seção V.4 deste relatório.

Destaco que são gargalos para o avanço dos serviços de MAC: a falta de revisão do rol de procedimentos do SUS, bem como da tabela de remuneração de procedimentos; excessiva burocratização do sistema de habilitação de novos serviços de saúde (levando a processos que perduram até três anos); inadequação de um teto financeiro repassado diretamente, fundo a fundo, mas sem uma efetiva realização dos procedimentos para os quais o teto foi alocado.

Quanto ao eixo de **Prevenção e Promoção da Saúde**, destaca-se que tais ações exigem ampla colaboração intra e intersetorial. Há que se ressaltar, ainda, que a prevenção é conceito que se aplica à interrupção do



processo de adoecimento o mais precocemente possível, evitando sua instalação ou sua progressão para estágios avançados.

Assim, o trabalho harmônico de todos os níveis de atenção, conectando e potencializando as intervenções, é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde e bem-estar.

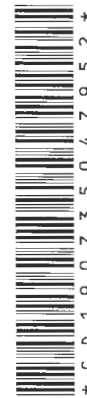
O cuidado com as pessoas deve ser um continuum. Nesse diapasão, é importante considerar a relevância das políticas dirigidas à primeira infância e ao envelhecimento saudável. Cuidar da primeira infância é proteger as crianças desde a gravidez até os seis anos, com ênfase nos primeiros mil dias. Esse período é crucial para consolidar as habilidades emocionais, cognitivas, psicomotoras e neurológicas, estimuladas por meio de atividades lúdicas. Brincar passa a ser um direito assegurado. Direcionar a prioridade à criança com vistas a assegurar a vida futura em condições cada vez mais favoráveis é um grande avanço entre as políticas sociais.

No outro extremo, é importante assegurar aos adultos e idosos acesso a estratégias para o envelhecimento ativo e saudável. Esta parcela da população cresce proporcionalmente e é essencial que as pessoas estejam preparadas para uma vida plena e independente. Nesse sentido, iniciativas de alimentação saudável e de atividades físicas contribuem para evitar agravos que podem trazer complicações graves e limitações, a começar de quedas, fraturas e osteoporose. A linha de cuidados integral deve ser consolidada para minimizar ou evitar problemas decorrentes do processo de envelhecimento.

Destaco a preocupação com a queda da cobertura vacinal e os movimentos anti-vacina, além do evidente avanço do número de acidentes automobilísticos, que tem impactado no volume de pacientes internados aguardando cirurgias ortopédicas.

Sobre o eixo temático da **Assistência Farmacêutica**, salienta-se que essa área possui posição estratégica dentro do sistema público de saúde, não só pelo montante de recursos públicos que movimenta, mas especialmente pela essencialidade que assume frente ao direito à saúde, nos moldes previstos pela Constituição Federal. O Estado precisa atuar com eficiência no desempenho de suas funções para que os direitos sejam assegurados.

As restrições vivenciadas pelo SUS aparecem com maior destaque no acesso aos medicamentos. As notícias envolvendo a falta desses



produtos, além de serem muito comuns, chamam muito a atenção da população. Esse ambiente de restrição exige que os gestores priorizem os gastos. De fato, o SUS não consegue adquirir todos os bens e prestar todos os serviços que poderiam ser imaginados como os ideais. A demanda reprimida, no que tange à atenção à saúde, ainda é muito alta.

Nesse contexto, o papel do Parlamento aumenta em relevância. A busca de soluções e melhorias, dentro de um ambiente idealizado pela própria sociedade, tende a possuir uma maior legitimidade e aceitação social.

No que tange à priorização dos gastos públicos e nas escolhas das alocações mais eficientes dos escassos recursos do erário, considero que a avaliação de programas que apresentam irregularidades graves e comuns deve ser adequadamente discutida. O custo do acesso aos medicamentos pode ser reduzido pela adoção de boas práticas na condução de licitações e contratações celebradas entre o SUS e os fornecedores desses produtos, diretamente.

O Programa Aqui Tem Farmácia Popular apresenta qualidades, como a ampliação de acesso da população aos medicamentos, mas também mostra muitas irregularidades que têm causado danos elevados aos cofres públicos. Os sistemas de controle não possuem capacidade para fiscalizar e recuperar todos os danos.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se que os preços das novas tecnologias, como dos medicamentos biológicos, que apresentam uma tendência de serem definidos em patamares cada vez mais elevados, pode ser um obstáculo importante para a garantia do direito à saúde. Se atualmente o SUS não consegue suprir a demanda existente pelos medicamentos de base química, de produção bem mais barata que os de base biológica, pode-se esperar uma restrição ainda maior no acesso à terapia em um futuro próximo, caso algo não seja feito.



VIII – RECOMENDAÇÕES

As recomendações a seguir abordam os problemas identificados segundo os eixos temáticos do Relatório e, sempre que oportuno, estão agrupadas conforme os órgãos a que se destinam.

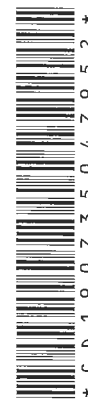
I. Recomendações ao **Ministério da Saúde**

Com relação ao eixo de **Gestão, Recursos e Planejamento**:

- Priorizar o fortalecimento da atenção primária à saúde, mas também definir uma política para a média complexidade ambulatorial e hospitalar;
- Promover o planejamento regional integrado no SUS e o acompanhamento individualizado das informações dos usuários;
- Incorporar indicadores de qualidade e também de custo para o monitoramento da atenção realizada pelo SUS;
- Acelerar a implantação da contratualização do cuidado no SUS, considerando o custo, qualidade e o desfecho do tratamento, para além de pagamentos por procedimentos;
- Ampliar o registro da produção realizada pelos consórcios no SUS;
- Ampliar a elaboração de protocolos clínicos e a disponibilização de apoio técnico a juízes e tribunais;
- Informar regularmente à CSSF sobre ações em desenvolvimento no Ministério da Saúde no campo da gestão, a exemplo do instrumento para dar suporte à Programação de Média e Alta Complexidade (que substituirá a Programação Pactuada Integrada - PPI), o qual permitirá programação regional; do Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que permitirá acompanhamento individualizado das informações dos usuários; do grupo de trabalho criado pelo MS para abordar a questão dos consórcios; e sobre estudos (nacionais e internacionais) a respeito de métodos de pagamentos no SUS.

No eixo da **Atenção Básica**:

- Promover uma maior utilização do profissional enfermeiro nos serviços da atenção básica;



- Concluir a avaliação de todas as habilitações do setor pendentes de deliberação;

- Ampliar a regionalização, com fortalecimento dos consórcios públicos de saúde;

- Rever o prazo de implementação do novo financiamento da atenção básica, de forma que tenha efetividade na expansão dos serviços, sem perda de recursos de forma abrupta.

No eixo da **Prevenção e Promoção da Saúde**:

- Realizar efetiva atualização e modernização da Tabela do SUS;

- A adoção da carteira de vacinação “on line”, para que os cidadãos tenham disponibilidade imediata sobre suas informações relacionadas à vacinação;

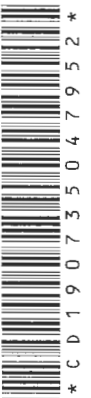
- Adotar política efetiva para redução de acidentes com motocicletas e automóveis, verdadeira epidemia de saúde pública;

- Investir na promoção e prevenção da saúde já na Primeira Infância, como uma política de combate precoce das doenças e capacitação dos profissionais da saúde para o Cuidado no desenvolvimento infantil integral, observando a janela de oportunidades que ocorre em especial da gestação até os primeiros 1000 dias da criança;

- Implementar uma política nacional de cuidados, pois muito problemas complexos e de alto custo podem ser evitados em havendo a prevenção e a promoção de saúde durante toda a vida;

- A possibilidade de um programa que enxergue o envelhecimento como um processo (que ocorre a partir do nascimento e não depois que a pessoa completa 60 anos), para assim minimizar a perda das capacidades funcionais das pessoas a medida que elas envelhecem e promover uma maior qualidade de vida a todos;

- Realizar um estudo sobre a possibilidade de criação de uma política de prevenção e promoção para os cuidadores de pessoas idosas e em situação de dependência.



No eixo da **Média e Alta Complexidade**:

– Simplificar a documentação exigida para a habilitação de serviços e definir prazos específicos a deliberação das solicitações;

- Adotar para as novas habilitações tetos de recursos que considerem a efetiva produção de serviços e não apenas valores pre-fixados.

Também se recomenda ao abordar os temas detalhados na seção V.4.e. deste Relatório, particularmente:

Na Média Complexidade Ambulatorial para diagnóstico – facilitar o acesso às biópsias para diagnóstico definitivo de câncer;

Na Programação Pactuada Integrada – PPI - discussão adequada e aprofundada para melhorar o instrumento de programação de recursos financeiros do MAC, embutindo todo o recurso federal, estadual e municipal, com a rediscussão dos atuais incentivos de média complexidade, afim de inferir sua eficácia junto aos serviços e otimizar a execução dos recursos financeiros empregados;

Nas Órteses, Próteses e Materiais. Especiais - avaliação das redes instaladas nos estados, reavaliação das OPME fornecidas pelo SUS, principalmente no que tange aos valores financeiros empregados para tal, bem como as responsabilidades de cada ente nesses fornecimentos, em especial o Governo Federal;

Na Rede de Crônicos – ampliar a interlocução entre os níveis de atenção, incluindo a média complexidade, para os pacientes acometidos com outras doenças, como o diabético, o qual transita por todos os níveis de atendimento, porém não existe clareza de uma política específica e com diretrizes para tal tipo de paciente dentro do SUS;

Na Oncologia - aperfeiçoar parâmetros e conhecer custos das redes oncológicas segundo regiões e implantar serviços de apoio para minimizar custos com transporte de pacientes;



Nas **Cirurgias Eletivas** - revisar procedimentos do rol atual de mutirões de cirurgias, adotar estratégias diferentes para cirurgias ortopédicas, acelerar a publicação dos atos normativos e principalmente uma ação do governo federal nos estados do Norte do País, que possuem dificuldade na execução de tais procedimentos;

Nos **Hospitais de Pequeno Porte – HPP** - revisão de sua conformação atual para otimizar a relação custo/benefício, no contexto da regionalização da saúde;

Nos **Consórcios Intermunicipais de Saúde** – promover o devido registro da produção dos consórcios intermunicipais de saúde.

Nas **Contratualizações de serviços na MAC** – aprofundar o debate dos instrumentos de contratualização, vinculados a legislação de licitações, e outros normativos, para que os gestores possam ter a segurança necessária na aquisição de serviços e consigam aproveitar toda a rede complementar de saúde disponível para atendimento da população;

No **Transporte Fora do Domicílio – TFD** – adoção de uma política nacional, que contemple diretrizes para o funcionamento desse sistema logístico;

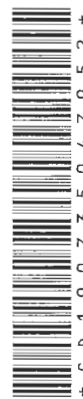
Na **Regionalização dos Serviços** – adotar o planejamento regional para efetivar a regionalização da saúde, em especial na temática da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial;

Nos **Cuidados Paliativos** – criar política pública para oferecimento de cuidados paliativos de qualidade no SUS;

Na **Rede de Urgência e Emergência** – realizar levantamento de informações sobre o funcionamento dos componentes das redes de urgência e emergência do país, como SAMU, UPA, Portas de Entrada de Hospitais, leitos de retaguarda, entre outros componentes.

No eixo da **Assistência Farmacêutica**:

- Desburocratizar a obtenção do Laudo Médico Especializado (LME) para continuação de tratamento com medicamentos de alto custo, particularmente nas doenças crônicas (exigências poderiam ser limitadas ao receituário médico e a uma prova de vida, pois o excesso de demandas tem dificultado a situação, por exemplo, de pessoas transplantadas, as quais pela



demora na obtenção de medicamentos, podem ter órgãos rejeitados pelo organismo);

- Realizar aquisições de medicamentos para prazos mais longos, para evitar o desabastecimento;

- Elaborar atas de registros de preços nacionais para aquisição de medicamentos;

- Ampliar a fiscalização e controle sobre o Programa Aqui Tem Farmácia Popular;

- Adotar medidas para agilizar a dispensação e escoamento das insulinas análogas de ação rápida.

II. Recomendações para a **esfera legislativa**

Com relação ao eixo de **Gestão, Recursos e Planejamento**:

- Acompanhar a tramitação da proposta do PPA 2020 – 2023, observando se as diretrizes do CNS foram consideradas;

- Adotar critérios para a destinação de emendas parlamentares da saúde, que considerem os vazios assistenciais indicados pelos gestores do SUS em suas programações;

- Considerar apoio às proposições apresentadas no item IV.2 deste relatório, que são estruturantes para o desenvolvimento da gestão do SUS;

No eixo da **Atenção Básica**, recomenda-se à CSSF que sejam realizadas audiências públicas e reuniões de trabalho ao longo de 2020, com o objetivo de aprofundar o conhecimento e a análise de aspectos específicos acerca dos indicadores e das políticas acompanhados por esta Subcomissão. Tais eventos visarão também à aproximação entre esta Casa Legislativa e o Ministério da Saúde, propiciando sejam desenvolvidas ações comuns em prol do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

No eixo da **Prevenção e Promoção da Saúde**, recomenda-se:

- O debate sobre a contaminação por agrotóxicos de mananciais e acompanhar experiência de municípios livres de agrotóxicos.



- Estudar a viabilidade de aperfeiçoar a especificação do direcionamento de recursos de emendas parlamentares ao Orçamento, ampliando a realização de audiências públicas para a participação efetiva dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde;

- Participar dos trabalhos desenvolvidos nas diversas Frentes Parlamentares envolvidas com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos;

- Acompanhar o aperfeiçoamento dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde e a possibilidade de estimar o impacto das ações efetuadas;

- Acompanhar o desempenho e o impacto de ações de saneamento;

- Acompanhar a implementação de ações que possibilitem o funcionamento em horário estendido de unidades de saúde e a maior capilaridade dos serviços;

- Apoiar ações de esclarecimento, informação, conscientização a respeito das vacinas, inclusive junto a profissionais de educação e saúde;

- Apresentar projeto de lei sobre exigência de caderneta de vacinação em exames admissionais, demissionais e periódicos.

No eixo da **Assistência Farmacêutica**, tendo em vista os desafios enfrentados pela assistência farmacêutica no âmbito do SUS já destacados neste Relatório, que a Subcomissão Permanente de Saúde da CSSF aprofunde os estudos e debates acerca dos seguintes aspectos:

1. A avaliação do processo de integração entre o receituário e dispensação, com sistemas eletrônicos integrados de informação e controles, poderiam facilitar a fiscalização e coibir as fraudes;

2. Estudo e avaliação acerca de boas práticas que podem ser disseminadas junto aos gestores do SUS, como o uso da arbitragem, mediação e conciliação, no intuito de reduzir os impactos da judicialização da saúde, inclusive com criação e/ou modificações legislativas tendentes a promover tais práticas, caso necessárias;



3. Aprofundamento dos estudos sobre os preços das novas tecnologias que deverão ser incorporadas ao SUS no futuro, com enfoque nos medicamentos biológicos e biossimilares e a celebração das parcerias público privadas (PPPs), inclusive com universidades, para a sua aquisição e acesso à tecnologia produtiva, para que os laboratórios públicos adquiram a capacidade de produção e, assim, o país consiga acesso a produtos de ponta a preços mais acessíveis.

Também se recomenda que, pela complexidade desses temas, a Subcomissão escolha somente um desses temas para cada período de seu funcionamento, de modo a possibilitar uma análise bem aprofundada de cada assunto.

Por fim, também é proposto o encaminhamento de uma Indicação para o Ministério da Saúde, com a recomendação de ser dada ampla divulgação e acesso aos estudos sobre o custo-efetividade das novas tecnologias submetidas à análise da Conitec. A divulgação é necessária para a adequada observância aos princípios da publicidade e da transparência pela Administração Pública.

Também se recomenda a consideração das proposições legislativas identificadas **na seção VI.2, com relação a todos os eixos.**

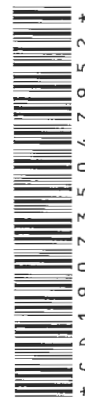
III. Recomendações para a **disponibilização e divulgação de informações**

Com relação ao eixo de **Gestão, Recursos e Planejamento**:

- Divulgar dados de indicadores do RQPC federal e sobre proposições sobre saúde em tramitação na Câmara dos Deputados, por meio de painéis virtuais do Observatório da Saúde da Subcomissão Permanente de Saúde, divulgados a partir de página da Internet da CSSF;

- Estabelecer cooperação com o CNS para que encaminhe regularmente dados de monitoramento sobre execução orçamentária e de metas físicas da gestão federal do SUS;

- Solicitar ao Conass e Conasems dados sobre o planejamento integrado realizado, incluindo metas regionais e mapas estratégicos elaborados;



- Apoiar as casas legislativas de Estados e Municípios na divulgação de dados dos RQPC, apresentados pelos gestores do SUS;
- Conhecer as atividades do PROADI referentes ao estudo de metodologias para a repartição de recursos no SUS;
- Divulgar o referencial para avaliação de eficiência, que o TCU disponibilizará e que poderá ser útil aos órgãos de controle de outros níveis da federação;
- Solicitar à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados estudo sobre a situação da partilha dos recursos do Pré-Sal para saúde (como aplicação adicional ao mínimo);
- Solicitar à Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados (CONOF) estudo sobre a evolução dos valores nominais de recursos aplicados na saúde pelos entes federados após 2015 e a participação em reunião ordinária na CSSF para apresentação de relatório de acompanhamento orçamentário.

IV. **Recomendações gerais**

Finalmente, considerando a experiência deste ano, apresento recomendações que objetivam ampliar a eficiência da atuação desta Subcomissão nos anos que se seguem:

- Propor que este relatório seja o balizador para a atuação da Subcomissão de Saúde para os próximos três anos desta Legislatura;
- Propor à Comissão de Seguridade Social e Família que reserve espaço para ao menos **15 audiências públicas** (três por eixo) para a Subcomissão Permanente de Saúde;
- Implantar o **Observatório da** Subcomissão Permanente de Saúde, como proposto no **Apêndice C**, a fim de facilitar a divulgação de dados regulares sobre relatórios quadrimestrais do SUS, Plano Plurianual (no que se refere à saúde) e tramitação de proposições legislativas de interesse da saúde, por meio de painéis virtuais.

Também recomendo que este Relatório seja encaminhado para: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o Conass, o Conasems e o TCU.

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.



Sala da Comissão, em 20 de novembro de 2019.

Faustto

DEPUTADA CARMEN ZANOTTO
Presidente da Subcomissão Permanente de Saúde

Luiz Antonio de Souza Teixeira Jr

DEPUTADO LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JR
Relator



APÊNDICES

A) Plano de trabalho da Subcomissão

Eixos temáticos

1. Gestão, recursos e planejamento – Neste eixo poderão ser priorizadas:

a) a atualização dos dados sobre o financiamento da saúde nos três níveis da federação, segundo níveis da atenção;

b) regionalização (com a criação de lei para a pactuação regional entre gestores da saúde, associada à criação de fundo de apoio, para destinar recursos adicionais) e consórcios de saúde;

c) a avaliação de instrumentos federais de monitoramento e planejamento (PPA, PNS e relatório quadrimestral do SUS) e seus resultados;

d) a criação do plano decenal da saúde;

e) revisão de instrumentos de gestão do SUS;

f) consideração das propostas do Grupo de Trabalho da Tabela SUS;

g) Avaliação da Gestão nas Organizações do Terceiro Setor da Saúde;

h) Educação continuada na saúde;

i) Informatização da atenção no SUS (prontuário eletrônico).

Justificativas – O debate sobre o subfinanciamento do SUS poderá ser qualificado por um melhor conhecimento dos recursos aplicados por Estados e Municípios, nos vários níveis de atenção, visto que os dados da União são os mais usados e validados.

O gargalo para a pactuação regional no SUS foi destacado pela subcomissão especial de 2015, a qual apresentou proposta de legislação nesse sentido, associada a incremento no financiamento, decorrente de pactuação.



O debate sobre consórcios de saúde também é relevante na regionalização da saúde.

O insuficiente e irregular monitoramento de metas da saúde em instrumentos federais no Brasil pelo Legislativo tem reduzido a transparência para a sociedade sobre as políticas do setor e a falta de um instrumento de planejamento federal de mais longo prazo, tem dispersado os esforços para o desenvolvimento do sistema.

Instrumentos de gestão do SUS também necessitam de revisão, a exemplo daqueles relacionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), a tetos de assistência, à Programação Pactuada e Integrada (PPI) e ao gasto com pessoal por organizações sociais.

Os achados do Grupo de Trabalho da CSSF sobre a Tabela SUS poderão contribuir para os debates realizados nesta Subcomissão.

A avaliação da gestão nas organizações do Terceiro Setor da saúde permitirá a identificação de experiências bem-sucedidas, bem como dos problemas a serem superados.

O debate sobre a educação continuada na saúde poderá identificar gargalos na formação de recursos humanos do setor. Finalmente, quanto à informatização do SUS, há obstáculos à sua implantação (inclusive por questionamentos do setor de controle), privando o sistema de importante recurso para elevar sua eficiência.

2. Prevenção e promoção da saúde – Neste eixo poderão ser priorizadas ações de vigilância em saúde, como:

- a) os problemas causados pela redução em coberturas vacinais;
- b) o controle da sífilis congênita e doenças emergentes; e
- c) a elevada prevalência de acidentes de trânsito.

Justificativas - O primeiro problema foi destacado pelo Ministério da Saúde como prioridade no início do governo. O segundo é marcador



da qualidade da assistência pré-natal e da situação do controle de infecções sexualmente transmissíveis. Os acidentes de trânsito são relevante problema de saúde pública, causando cerca de 40 mil mortes anuais.

3. Atenção básica – Neste eixo podem ser priorizadas:

a) a ampliação do horário de atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) e

b) a avaliação de resultados do Programa Mais Médicos.

Justificativas – O aumento do acesso às UBS é uma das propostas do governo federal para o fortalecimento da atenção básica.

Uma meta avaliação (avaliação de várias avaliações já realizadas) a respeito do Programa Mais Médicos será útil para a reflexão sobre as evidências de benefícios e problemas derivados desse programa.

4. Assistência / MAC – Neste eixo podem ser priorizadas:

a) a atenção a doenças crônicas (como diabetes, câncer, patologias renais e dermatológicas);

b) a demanda não atendida para procedimentos diagnósticos e hospitalares;

c) hierarquização de procedimentos e regulação;

d) avaliação da situação dos centros especializados em reabilitação;

e) avaliação das principais filas de espera das cirurgias eletivas.

f) rede de urgência e emergência.

Justificativas - As doenças crônicas são responsáveis por crescente mortalidade e morbidade no Brasil. Já em 2008, as Doenças Crônicas



Não Transmissíveis (DCNT) eram responsáveis por 77,2% de todos os anos de vida perdidos por doenças no Brasil.

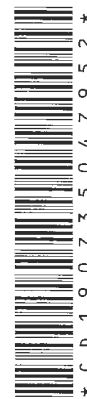
Prolongadas esperas para realização de procedimentos diagnósticos (como as mamografias) e hospitalares, como cirurgias (particularmente as pediátricas, ortopédicas, bariátricas e de correção das fissuras labiopalatais) e atenção em UTI e em serviços de urgência e emergência demandam soluções, pois, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou que em 2018 havia mais de 904 mil procedimentos em espera no Brasil. Também será dedicada especial atenção à assistência das pessoas com deficiências mentais e com Transtorno do Espectro Autista.

Há deficiência na padronização de procedimentos no SUS, de modo que promovam a hierarquização da atenção no sistema, com a adequada referência de usuários dos serviços de menor complexidade para os de maior.

5. Assistência Farmacêutica – Neste eixo podem ser priorizadas:

- a) a situação de acesso a medicamentos para população em geral e para grupos específicos;
- b) a judicialização relacionada ao acesso a medicamentos;
- c) medicamentos para “doenças negligenciadas”.

Justificativas – A assistência farmacêutica no País ainda enfrenta problemas de acesso, o que tem resultado em judicialização. Também é necessário conhecer que medidas estão sendo tomadas para superar a dependência nacional quanto a insumos para a produção de medicamentos, inclusive para antibióticos.



B) Dados sobre o SUS (Ministério da Saúde)

Os dados e gráficos a seguir foram fornecidos pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação "O SUS em Números (dezembro 2018).

Dimensão do SUS

- Mais de 70% da população usa o Sistema Único de Saúde (SUS);

- 160 Milhões de pessoas dependem apenas da saúde pública;

- Em 2017, o SUS realizou 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas/atendimentos, 899,6 milhões de exames e 11,6 milhões de internações.

Serviços e profissionais do SUS

- 611 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 42.826 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 7.554 hospitais, 328.922 Leitos SUS, 135 hospitais psiquiátricos, 2.569 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 147 Consultório na Rua, 326.611 médicos e 811.527 enfermeiros, 43.015 equipes de Saúde da Família, 263.259 Agentes Comunitários de Saúde, 69.939 Agentes de Combates de Endemia, 1.060 equipes de Atenção Domiciliar, 3.336 ambulâncias do SAMU.

SUS é referência

- O Brasil possui o maior sistema de saúde pública para países com mais de 100 milhões de habitantes;

- O Programa Nacional de Imunização oferece todas as 19 vacinas recomendadas pela OMS;

- Possui a maior e mais complexa rede de banco de leite humano do mundo (220 bancos e 198 postos de coleta);

- É referência em doação de sangue para América Latina, Caribe e África;

- Tem o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo;



- A resposta brasileira à epidemia de HIV/aids é reconhecida mundialmente;

- Atendimento integral ao doente renal crônico com oferta de diagnóstico, tratamento (diálise e hemodiálise) e transplante.

Diagnóstico da saúde da população

- 54% dos brasileiros acima de 18 anos estão com excesso de peso e 18,9% são obesos - a obesidade aumentou 60% desde 2006;

- 34,6% dos brasileiros consomem regularmente frutas e hortaliças - 5 ou mais dias da semana;

- 46% da população brasileira não pratica regularmente atividade física - pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa;

- Pelo menos, 7,6% da população é diabética e 24,3% hipertensa;

- No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis corresponderam a cerca de 75% das causas de morte, como doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes;

- 60,8% das crianças menores de 2 anos comem biscoitos ou bolachas recheadas e 32,5% consomem refrigerante 5 ou mais vezes por semana;

- 7,8% dos adolescentes (13 a 17 anos) estão obesos. Entre as crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, o excesso de peso atinge 34,8% e a obesidade a 16,6%;

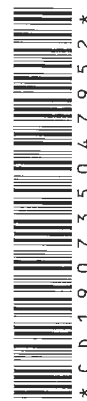
- São 27,0 milhões de idosos no país, 13% da população brasileira. Em 2030, serão 41,5 milhões (19%).

Acesso ao SUS - Pesquisa Nacional de Saúde 2013

- 71,1% dos brasileiros afirmaram utilizar serviços públicos de saúde;

- 47,9% apontaram as UBSs como principal porta de entrada aos serviços do SUS;

- 38,8% dos que não conseguiram atendimento de saúde alegaram não haver médico;



- 65,7% das pessoas que foram hospitalizadas em 2012/13 foram no SUS;

- 92,4% dos brasileiros que tiveram prescrição de medicamento conseguiram obter pelo menos um medicamento;

- 1/3 dessas pessoas (33,2%) obtiveram medicamentos no serviço público de saúde;

- 21,9% conseguiram obter Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos.



C) Proposta para o Observatório da Subcomissão Permanente de Saúde

O plano de trabalho da Subcomissão Permanente de Saúde (SUBSAÚDE) menciona a “divulgação de dados,” destinada ao “estabelecimento de atividades que possam ser repetidas na subcomissão em sessões legislativas subsequentes,” permitindo “um desenvolvimento mais eficiente de suas funções ao longo do tempo, inclusive acompanhando a implementação de suas recomendações.”

Para tanto, o referido plano prevê a criação de um Observatório da Subcomissão Permanente de Saúde, para proporcionar a divulgação periódica de dados sobre:

- a) Relatórios quadrimestrais de Prestação de Contas (RQPC) do Ministério da Saúde;
- b) Plano Plurianual (PPA) do governo federal (no que concerne à saúde); e
- c) Situação de tramitação na Câmara dos Deputados de proposições legislativas relacionadas ao setor saúde.

Para efetivar o propósito da Subcomissão com relação à divulgação de dados sobre saúde, propõe-se a elaboração de painéis virtuais por meio do programa Qlik Sense, disponível na Câmara dos Deputados.

Propõe-se que um link na página da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) dê acesso a uma página que contenha os links para três conjuntos de painéis virtuais (segundo os três temas especificados no plano de trabalho da SUBSAÚDE (RQPC, PPA e proposições legislativas). Uma síntese do conteúdo dos conjuntos de painéis é apresentada mais adiante.



O programa Qlik Sense foi escolhido por estar sendo utilizado na Câmara dos Deputados, por meio da Diretoria de Inovação e Tecnologia da Informação - Ditec -, que tem promovido treinamento de servidores quanto ao uso do mesmo.

O conteúdo dos dois primeiros conjuntos de painéis citados é disponibilizado por meio de publicações oficiais do governo federal e o conteúdo do terceiro conjunto, por meio da Câmara dos Deputados.

Assim, a proposta pode ser implantada sem gastos adicionais.

A aparência dos painéis é exemplificada por meio do link a seguir, que apresenta painel virtual produzido pela Ditec, sobre proposições legislativas. Tal painel aborda tema similar ao do terceiro conjunto de painéis que está sendo proposto e também possui informações sobre saúde.

Link com exemplo de painel virtual:

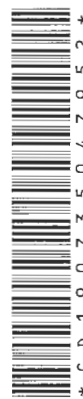
<https://inteligenciadenegocios5.camara.leg.br/pub/single/?apid=3e52c3b9-962e-49f2-a8bf-757c27c0161a&sheet=dd0f7fca-e0bf-448f-93a9-c60b6f99b5a6&opt=cursel&select=clearall>.

O desenvolvimento da proposta do Observatório da SUBSAÚDE, pode ser efetivado por meio de uma parceria entre o Departamento de Comissões (Decom), a Consultoria Legislativa (Conle) e a Ditec.

A Decom, por meio da Secretaria da CSSF e da SUBSAÚDE faria a gestão administrativa do Observatório, providenciando a inclusão de links para os conjuntos de painéis em sua página na Internet e os contatos com instituições, para o recebimento regular de dados.

A Conle prestaria o assessoramento técnico sobre o conteúdo dos três conjuntos de painéis, inclusive com elaboração de planilhas para alimentação de dados, além da elaboração dos protótipos dos três conjuntos de painéis, por meio de aplicativos no programa Qlik.

A Ditec revisaria os três conjuntos de painéis e ofereceria o suporte técnico necessário para otimizar a publicação dos mesmos na página da CSSF.



A implantação dos painéis poderia ocorrer em etapas, um conjunto de painel por vez, de acordo com a disponibilidade dos setores envolvidos, iniciando com o conjunto 1, uma vez que os dados estão disponíveis. A seguir são apresentados os conteúdos dos mencionados conjuntos.

Síntese do conteúdo dos conjuntos de painéis

Conjunto 1 - Relatórios quadrimestrais de Prestação de Contas (RQPC) do Ministério da Saúde.

- Painel com 11 indicadores gerais de saúde (dados de 2018 disponível em Excel);

- Painéis com resultados das metas de treze objetivos (dados de 2018 disponível em Excel).

Observação: os dados já estão disponíveis e a elaboração dos painéis poderia iniciar.

Conjunto 2 - Plano Plurianual (PPA) do governo federal (no que concerne à saúde).

- Painel com dados da execução do PPA 2016-2019 (dados não disponíveis pois o PPA ainda está em andamento).

Observação: Esse conjunto só poderá ser elaborado em 2020.

Conjunto 3 - Situação de tramitação na Câmara dos Deputados de proposições legislativas relacionadas ao setor saúde.

- Painel com dados de situação de tramitação de proposições da saúde, segundo quatro grupos (“atenção à saúde”, “prevenção”, “direitos e responsabilidade”, e “gestão e recursos”). A tipologia de classificação já está disponível, mas a metodologia para a coleta de dados do Sileg precisaria ser desenvolvida junto à Ditec, contudo os painéis seriam similares ao exemplificado acima no link nº 2, da seção 3).

Observação: Esse conjunto ainda não está com seus dados prontos, como é o caso do conjunto 1.

