



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Comissão de Seguridade Social e Família**

**Subcomissão Permanente de Saúde**

**Presidente:** Dep. Carmen Zanotto (Cidadania/SC)

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

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

**INTRODUÇÃO**

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.

## **I) SÍNTESSES DAS CONTRIBUIÇÕES OFERECIDAS NAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS - MAC**

### **1) Órteses, Próteses e Meios de Locomoção das Pessoas com Deficiência (5/9/2019)**

#### **1) Deputada Tereza Nelma**

Temas abordados:

— 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

— Necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de dispensação e de capacitar os profissionais que lidam de OPM

Convidados:

#### **2) Angelo Roberto Gonçalves - Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde**

Temas abordados:

— 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

— 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)

Temas abordados:

— Diversos fatores impactam a dispensação das soluções assistivas

— Necessidade de qualificar profissionais e serviços; ampliar produtos; implementar processo de seguimento; criar de protocolos; melhorar preço pago pelo SUS; agilizar processos

**4) Marco Antônio Castilho Carneiro** - Presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE

Temas abordados:

— Dificuldades de acesso aos OPM geram múltiplas reclamações ao CONADE

— Defasagem da Tabela SUS (17 anos sem reajuste)

— Necessidade ações preventivas para reduzir a incidência de acidentes que causam deficiências físicas

— Participação social como maneira de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde

## **2) Panorama da pessoa com diabetes no país (25/6/2019)**

Convidadas:

**1) Sandra de Castro Barros** - Representante do Ministério da Saúde

Temas abordados:

— Características e epidemiologia do diabetes

— Impacto econômico do diabetes nos gastos com saúde

— Importância da atenção primária no diagnóstico, prevenção e controle do diabetes

— Tratamentos e medicamentos disponíveis no SUS para os pacientes diabéticos

**2) Hermelinda cordeiro Pedrosa** - Presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes

Temas abordados:

- 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
- Estabelecimento de uma linha integrada de cuidados no sistema

3) **Vanessa Pirolo** - Coordenadora de Advocacy da ADJ  
– Diabetes Brasil

Temas abordados:

- Importância epidemiológica do diabetes no Brasil e no mundo
- Consequências da baixa aderência dos pacientes ao tratamento
- Importância da prevenção, da educação em diabetes e do adequado acesso ao medicamento

### **3) Ações para proteção e tratamento da criança com traqueostomia (8/8/2019)**

Convidados:

1) **Maximiliano das Chagas Marques** - Representante do Ministério da Saúde - MS

Temas abordados:

- 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
- Necessidade de notificação compulsória

2) **Eduardo Baptistella** - Representante da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – ABORL-CCF

Temas abordados:

— Dificuldades existentes para a adequada prestação dos cuidados aos pacientes traqueostomizados

— Necessidade de protocolos e garantias de cuidado

3) **Vinícius Ribas Fonseca** - Presidente da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica - ABOPe

Temas abordados:

— Valor terapêutico, evolução e complicações da traqueostomia

— Necessidade de acompanhamento adequado e de protocolos atualizados para o cuidado dos pacientes traqueostomizados

— Realidade da atenção à saúde bem abaixo da divulgada

4) **Renata Cantisani Di Francesco** - Representante da Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP

Temas abordados:

— Aspectos clínicos do cuidado ao paciente traqueostomizado; repercussões sobre a vida da família

— 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

Temas abordados:

— Aspectos característicos, dificuldades e consequências da traqueostomia e intubação em crianças

— Necessidade de criação de programas de apoio, de protocolos, linhas de cuidado padronizadas e notificação compulsória

**4) - Debater o Projeto de Lei 1605/2019, que “Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer e dá outras providências”(23/8/2019)**

Convidados:

1) **Gelcio Luiz Quintella Mendes** - Diretor-Geral Substituto e Coordenador de Assistência INCA/SAES/MS do Ministério da Saúde

Temas abordados:

- 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
- Necessidade de apoiar e fortalecer o SUS para ampliar o alcance das ações

2) **Maria Yvelônica Barbosa** - Representante do Ministério da Cidadania

Temas abordados:

- Organização do Sistema Único de Assistência Social - SUAS

3) **Tiago Farina Matos** - Representante do Instituto Oncoguia

Temas abordados:

- Alta incidência e mortalidade por câncer
- Resultados de pesquisa entre pacientes de câncer sobre direitos
- Deficiências do funcionamento do sistema e projetos de lei em tramitação sobre câncer

4) **Andrea Karolina Bento** - Representante do Instituto Vencer o Câncer

Temas abordados:

- Exposição sobre o Instituto Vencer o Câncer
- 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

Temas abordados:

- Exposição sobre a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE e seus projetos
- Exposição sobre o Movimento Todos Juntos Contra o Cancer (TJCC)
- A declaração para a Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil é um documento

## **II) Dados do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS**

No tocante à assistência de média e alta complexidade, essas são as informações aportadas pelo relatório:

1) No tocante 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.

## **III) Proposições em tramitação, segundo as áreas de relatorias setoriais**

Da média e alta complexidade:

Proposição	Ementa	Autor(a)	Situação
<a href="#"><u>PL 4166/2004</u></a>	Dispõe sobre o tratamento de saúde no exterior custeado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.	Rafael Guerra	
<a href="#"><u>PL 2061/2003</u></a>	Disciplina o uso de técnicas de Reprodução Humana Assistida como um dos componentes auxiliares	Maninha	

	no processo de procriação, em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências.		
<a href="#"><u>PL 4889/2005</u></a>	Estabelece normas e critérios para o funcionamento de Clínicas de Reprodução Humana.	Salvador Zimbaldi	
<a href="#"><u>PL 4892/2012</u></a>	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.	Eleuses Paiva	
<a href="#"><u>PL 115/2015</u></a>	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.	Juscelino Rezende Filho	
<a href="#"><u>PL 4097/2004</u></a>	Dispõe sobre as condições para a realização e análise de exames genéticos em seres humanos.	Zenaldo Coutinho	

#### **IV) Resposta do Ministério da Saúde aos questionamentos encaminhados pela Subcomissão (Eixo MAC)**

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) CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÕES**

A média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar trazem um grande desafio na evolução do Sistema Único de Saúde brasileiro. 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.

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 consequente 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 tal 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 sistema único de saúde 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.

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

Sala da Comissão, em de de 2019.

**TEREZA NELMA**

Dep. Federal PSDB/AL  
Relatora

**Dr. ZACHARIAS CALIL**

Dep. Federal DEM/GO  
Sub Relator