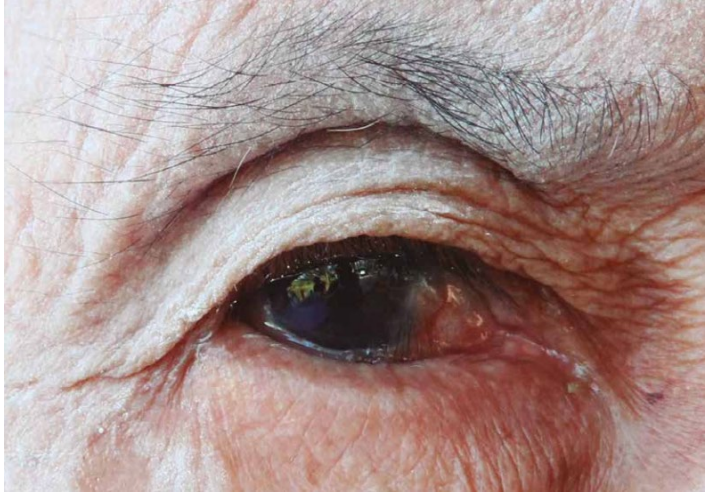


JORNADA PARA ENTENDER O SUS
16/03 a 04/04/2023

ATENÇÃO ESPECIALIZADA E MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE NO SUS
3º EPISÓDIO

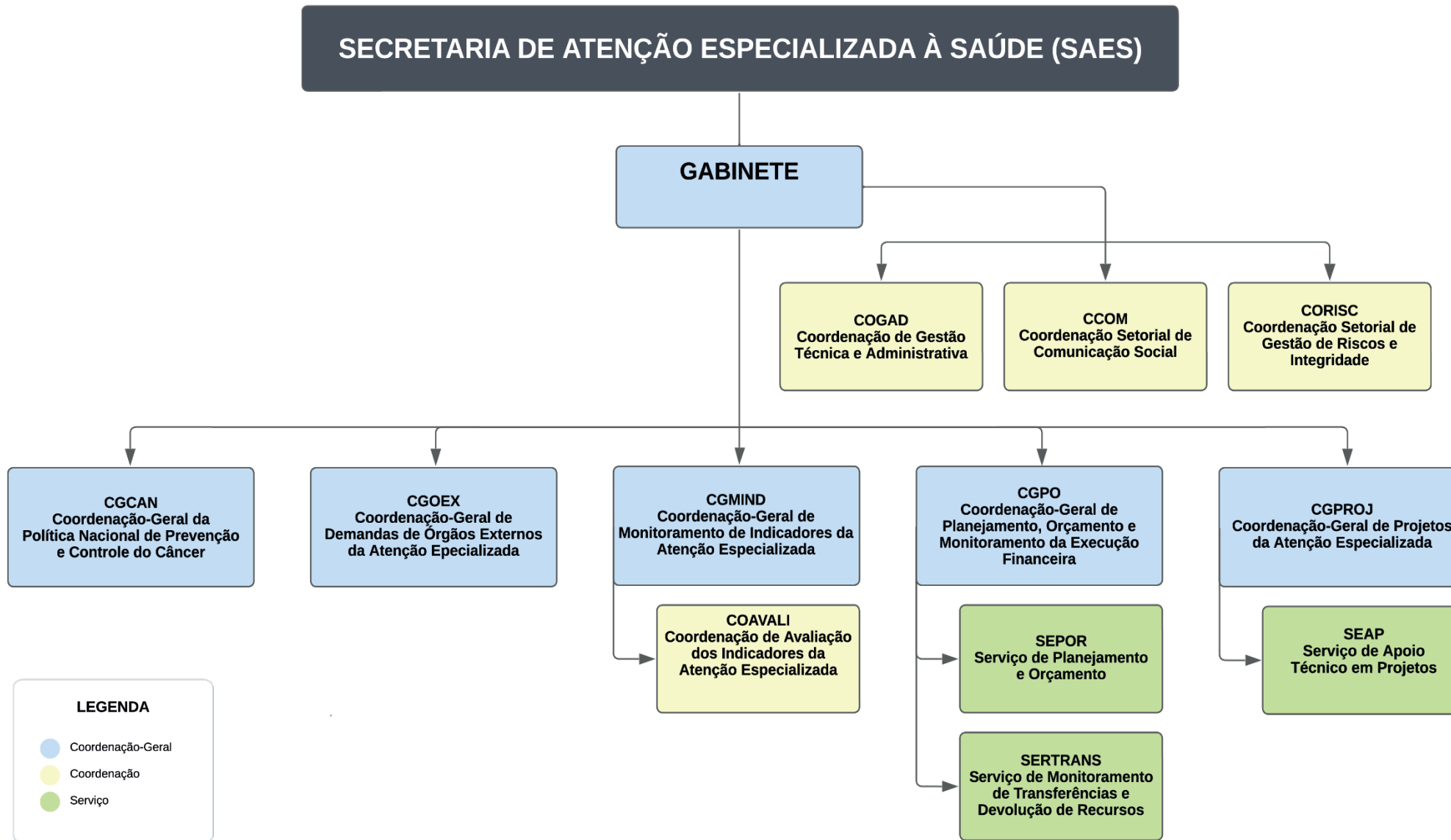
23/03/2023



A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

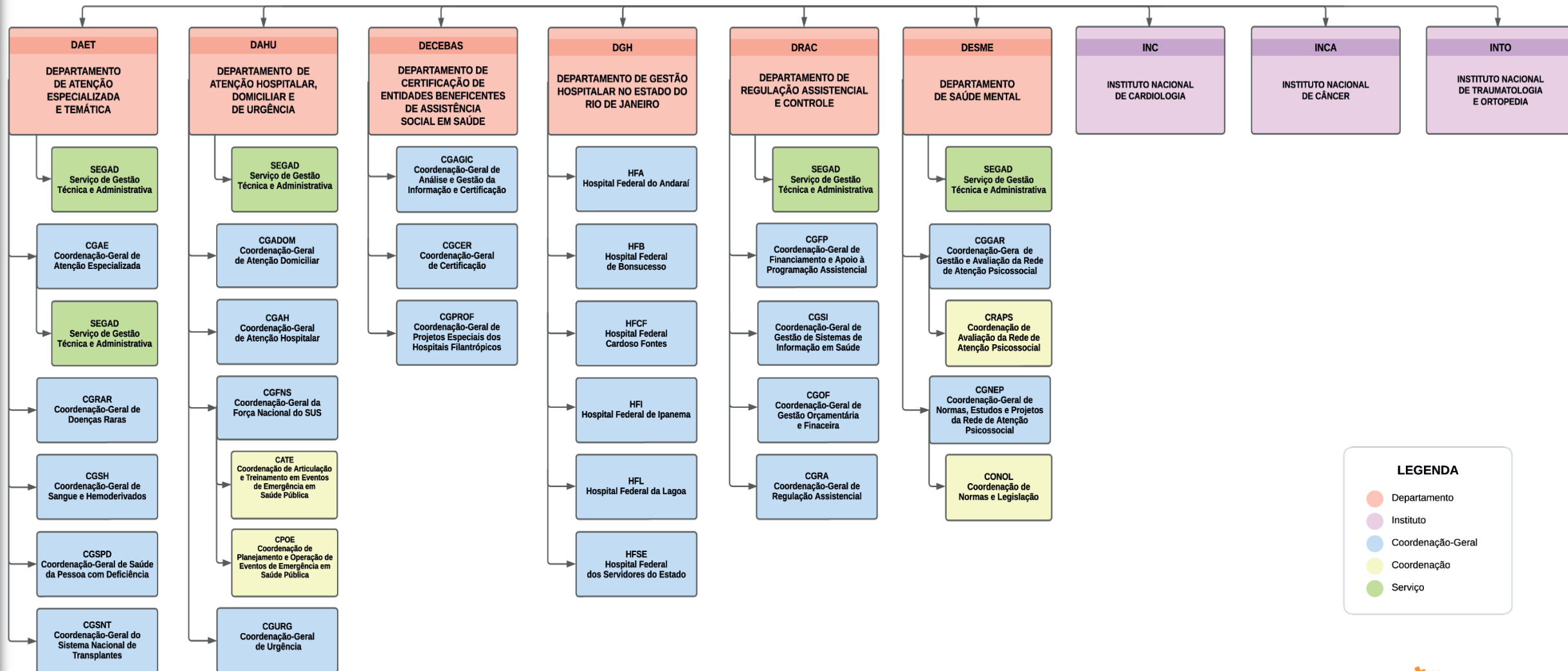
Organograma SAES/MS

Estrutura do Gabinete



Organograma SAES/MS

Estrutura dos Departamentos, Coordenações e Institutos



LEGENDA

- Departamento
- Instituto
- Coordenação-Geral
- Coordenação
- Serviço

SAES – Secretário Helvécio Miranda Magalhães Junior

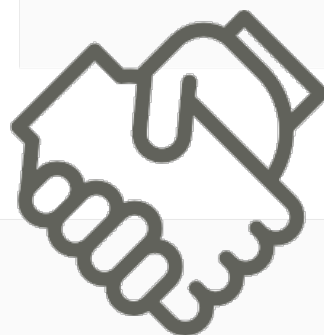
Chefe de Gabinete: Claudio Henrique Guimarães de Menezes

Diretoria de Programas

Gerenciamento de Inteligência da Informação de projetos, programas e políticas da SAES.

Diretores:

Aristides Vitorino de Oliveira Neto (adjunto)
André Luís Bonifácio de Carvalho



Assessoria Técnica

Assessorar tecnicamente a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), promovendo a articulação com suas áreas técnicas e com as demais secretarias do Ministério, para subsidiar a tomada de decisões relacionadas ao desenvolvimento das ações de atenção especializada e à organização da Rede de Atenção à Saúde.

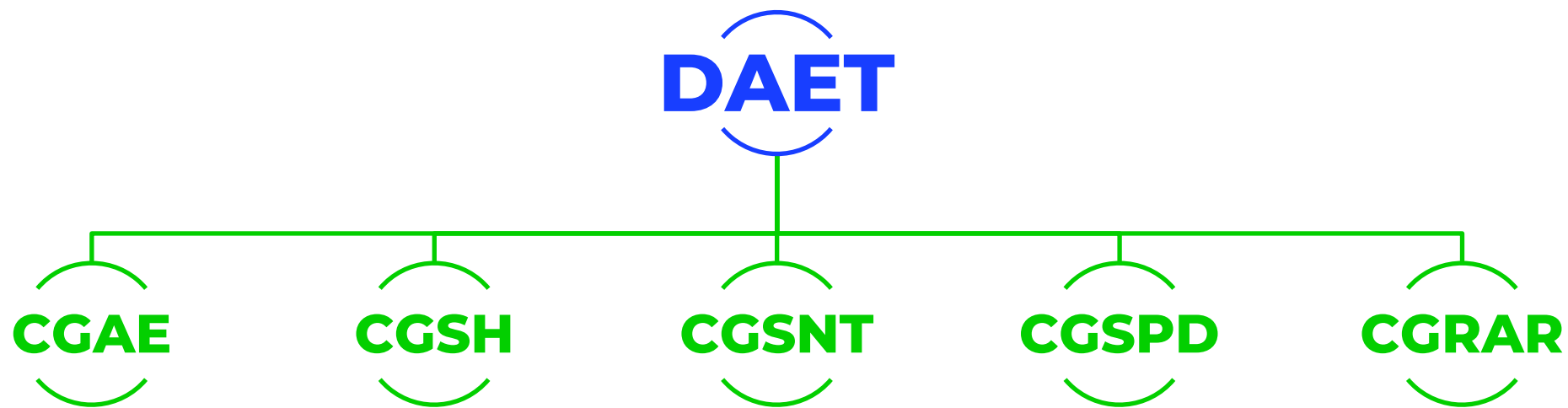
Assessores Técnicos:

Caroline Rocha Cunha
Eduardo David Gomes de Sousa
Rubens Bias Pinto
Sueli Moreira Rodrigues
Thania Regina Fernandes Arruda

Departamento de Atenção Especializada e Temática – DAET

Diretora: Suzana Cristina Silva Ribeiro

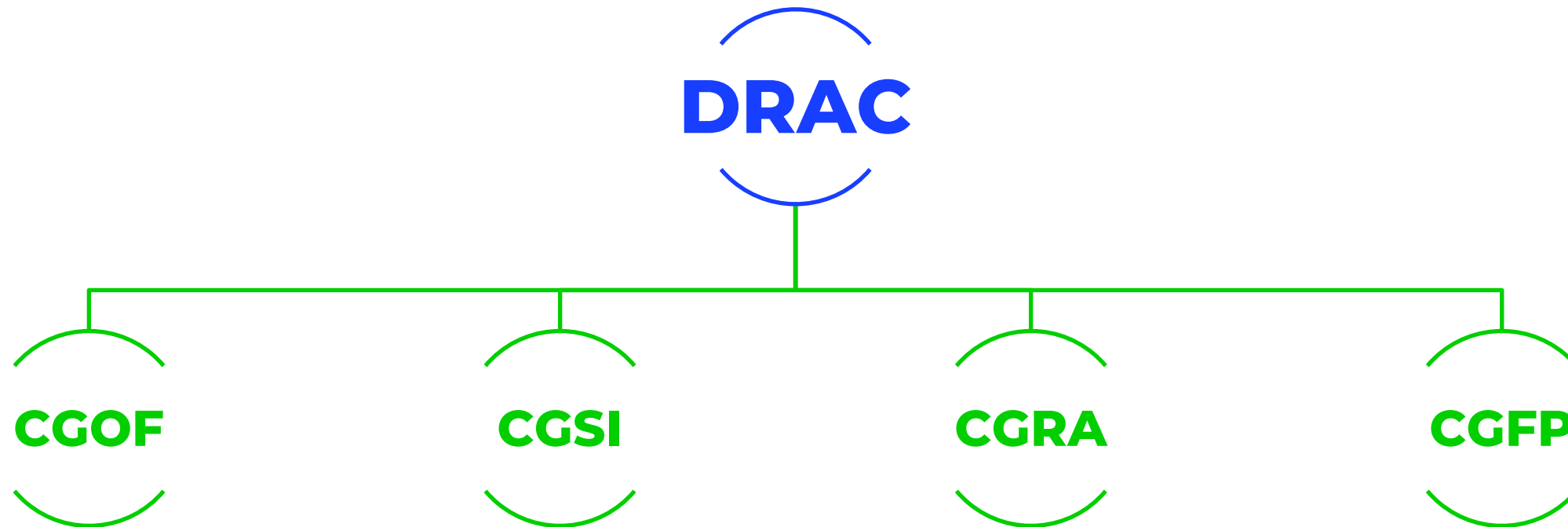
Responsável pela elaboração, coordenação e avaliação das políticas e ações de atenção especializada em saúde; de sangue e hemoderivados; da pessoa com deficiência e também por elaborar, coordenar, avaliar e regular as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos.



Departamento de Regulação Assistencial e Controle – DRAC

Diretor: Carlos Amílcar Salgado

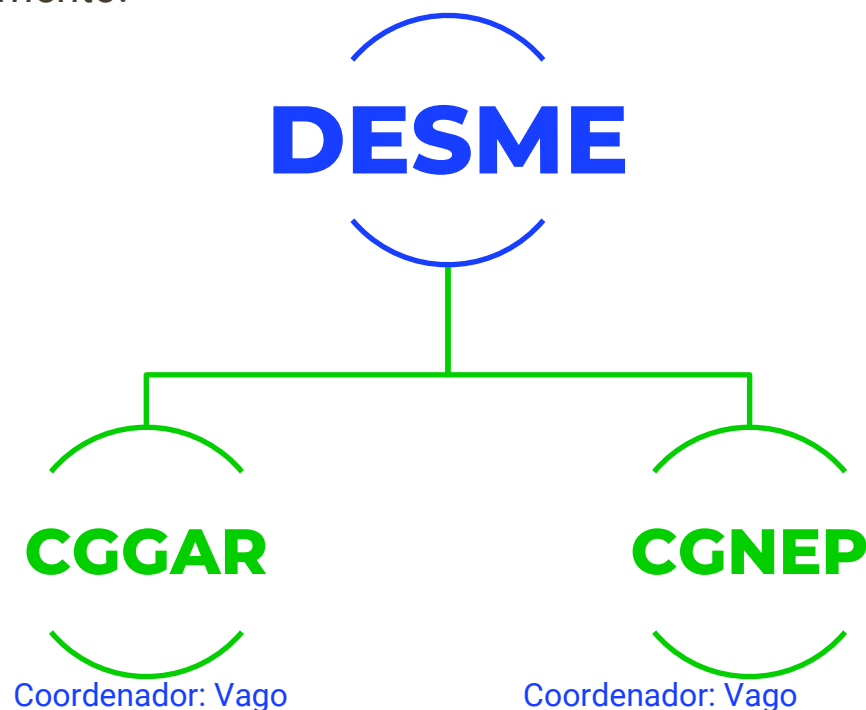
Cabe ao Departamento desenvolver, organizar e orientar ações de regulação, programação, controle e financiamento MAC. Gerir os Sistemas de Informação da Atenção à Saúde – Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas de Informação em Saúde (SIA, SIH, SCNES, SIGTAP, RTS, SISREG, SISMAC, CMD, RTS, DGR).



Departamento de Saúde Mental – DESME

Diretora: Sonia Barros

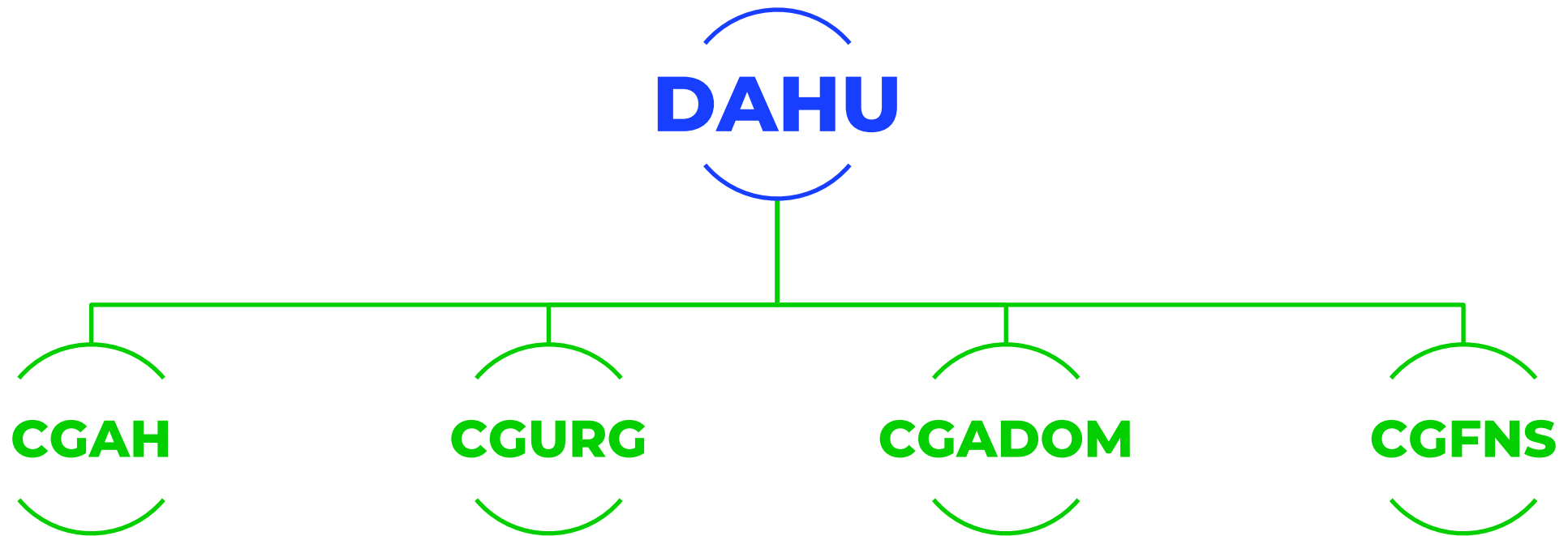
Coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Elaborar instrumentos técnicos e participar da elaboração de atos normativos para subsidiar o desenvolvimento, a implantação e a gestão das ações estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento.



Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência - DAHU

Diretor: Nilton Pereira Junior

Responsável pela elaboração, coordenação e avaliação das políticas e dos programas de abrangência nacional sobre atenção hospitalar; atenção domiciliar; ações para atuação da em catástrofes e pandemia pela Força Nacional do SUS – FN-SUS, segurança do paciente e urgência e emergência do SUS.



Políticas Nacionais de Atenção Especializada à Saúde- Destaques

1. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

2. Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)

Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)

3. Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

4. Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD)

Programa Melhor em Casa

5. Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Sistema Nacional de Sangue e Derivados (SINASAN)

6. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

7. Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

- Programa Nacional de Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino
- Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia
- Programa Nacional de Detecção do Câncer de Mama
- Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)
- Programa de Expansão da Radioterapia

8. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

9. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Terapia Renal Substitutiva (TRS)

10. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)

11. Sistema Nacional de Transplantes

Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (**Qualidot**) e Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e Tecidos

12. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

13. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com doenças raras

14. Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita

Programa QualiSUS Cardio

15. Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

16. Política Nacional de Regulação

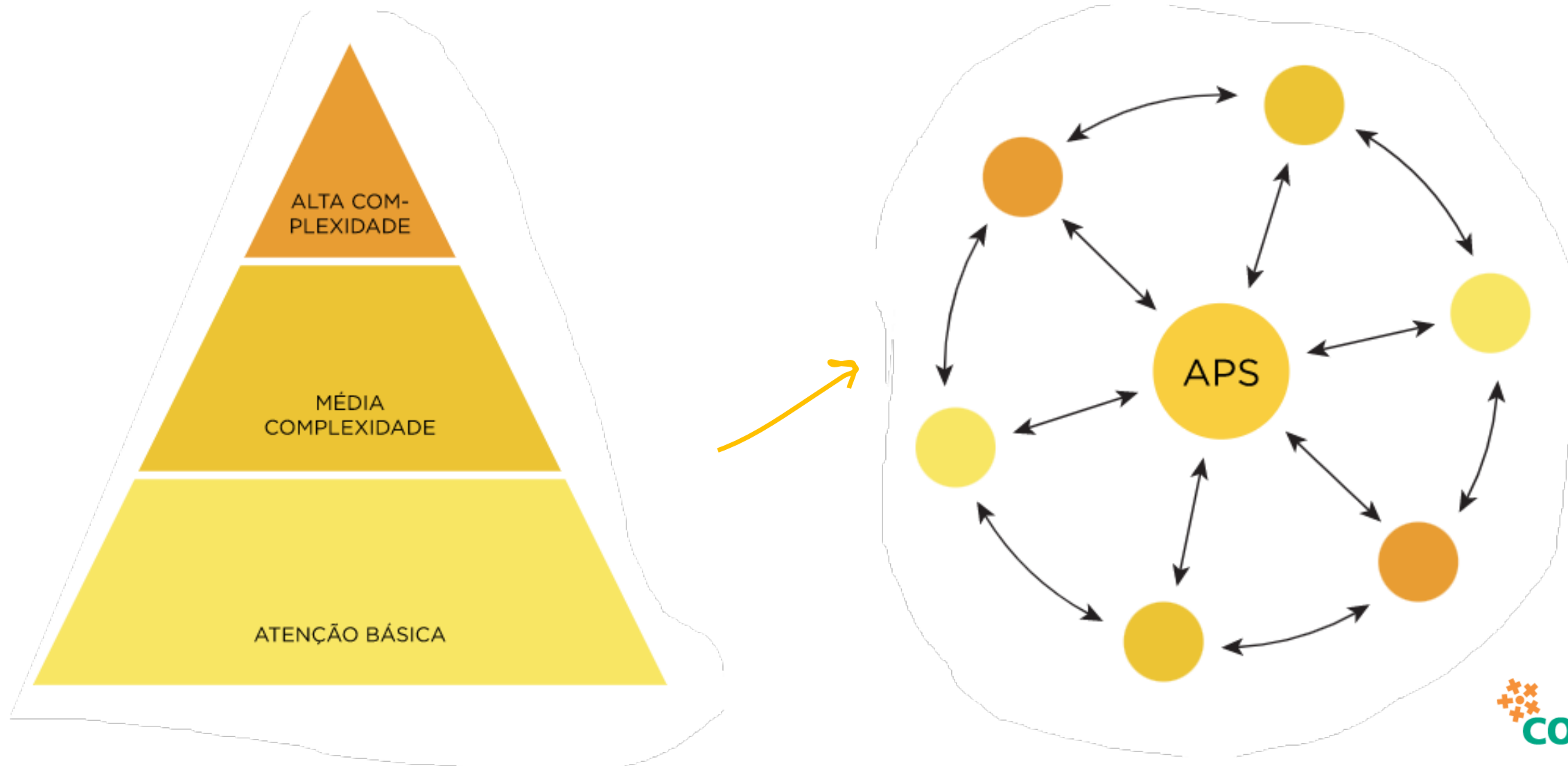
17. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

18. Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-Saúde)

19. Programa Nacional de Redução de Filas

* **Cuidados Paliativos – Resolução CIT nº 41/18**

A concepção hierárquica e piramidal **deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde**, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais:





A Média e Alta Complexidade no SUS

Para melhor compreensão da composição, e origem da rede de serviços de saúde da MAC no SUS, precisamos nos remeter à era pré-SUS, na década de 1970:

- ❖ A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) expansão da cobertura da assistência médica, a todos os empregados (formais, e aos autônomos e empregadores) que contribuíssem para a Previdência.
- ❖ A década de 1970 foi marcada por uma política de hospitalização em larga escala: entre 1970 e 1982, as internações aumentaram de 2,8 para 13,1 milhões, caracterizando um **modelo de atenção dito hospitalocêntrico** (MEDICI, 1992).
- ❖ Os procedimentos de média complexidade ambulatorial vinculados: aos ambulatórios de especialidades estaduais, as unidades hospitalares e aos postos de atenção médica do INAMPS (PAM).
- ❖ A rede própria era insuficiente para acomodar a demanda expandida. A opção do governo à época foi recorrer **ao credenciamento da rede privada de serviços de saúde** existente.



A Média e Alta Complexidade no SUS

- ❖ Em **1982**, o Plano Conasp substituiu o pagamento mediante a Guia de Internação Hospitalar (GIH) (por unidade de serviço) pela **Autorização de Internação Hospitalar (AIH)** (remuneração por procedimento), e pelo **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)** em 1994, para pagamento dos procedimentos realizados em regime ambulatorial, inclusive medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais.
- ❖ A tabela propunha uma **remuneração fixa a procedimentos** com autorização para serem realizados pela rede de assistência hospitalar, baseada em valores médios globais calculados a partir de observações feitas em distintos hospitais privados durante seis meses (MEDICI 1992).
- ❖ Com a **mudança do modelo de remuneração**, os prestadores privados passaram a adotar medidas de contenção de custos, que incluíam: limitações à quantidade de consultas e exames complementares; recusa em internar casos de maior gravidade (CARVALHO, 2007).

A Média e Alta Complexidade no SUS

- ❖ Com a persistente redução do valor da remuneração e a ascensão do mercado de planos de saúde ao final da década de 1980, hospitais privados foram progressivamente abandonando os convênios públicos e reduzindo sua dependência em relação a eles como fontes de financiamento.
- ❖ À época da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 (CF88), o **mercado de planos e seguros de saúde começava já a consolidar um poderoso subsistema de provisão privada** de serviços, que concorre com o SUS por financiamento direto ou indireto (subsídios e isenções fiscais) e pela rede de prestadores de serviços.
- ❖ No bojo da estruturação do SUS, foi efetuada a transferência de unidades de saúde públicas federais e contratadas para governos estaduais e municipais.
- ❖ O Artigo 199 da CF 88 previa a participação complementar dos estabelecimentos privados, no que tange à configuração da rede de prestadores de serviços do SUS, a CF 88, no mesmo Artigo 199, assumiu uma segunda mudança de rumo ao eleger as **entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos como parceiros preferenciais**, vedando-se “[...] a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (BRASIL, 1988).

NOB, NOAS e Pacto pela Saúde

O processo da descentralização e regionalização

Ao longo da década de 1990, foram editadas **Normas Operacionais** pelo Ministério da Saúde (NOB n. 01/1991, NOB n. 01/1992, NOB n. 01/1993 e NOB n. 01/1996) que, embora tenham auxiliado, estimulado e regulamentado o processo de descentralização, permitindo seu grande avanço, **não detalharam adequadamente a divisão de responsabilidades e competências entre os gestores nos serviços de média e alta complexidade**. O desenvolvimento da regionalização e hierarquização destas ações de saúde no SUS tornou-se ponto fundamental para se buscar a integralidade da assistência, conforme a Constituição Federal.



Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/01), republicada em 2002, que propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma estratégia de **regionalização**, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este plano definiu a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas (módulos), nos quais se daria o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores – **Programação Pactuada Integrada (PPI)**, no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.



A efetivação de seu desenvolvimento foi prejudicada, entre outros aspectos, pela **dificuldade dos gestores definirem as prioridades de saúde** a serem atendidas pelo sistema, em um cenário de diminuição de financiamento, uma vez que **a implantação da norma não era acompanhada da garantia de aumento de recursos**.

Nesse período, no que se refere à média e alta complexidade, o Ministério da Saúde continuou a publicar portarias específicas regulamentando a assistência da Média e Alta Complexidade em um cenário de diminuição de recursos financeiros e da rede privada conveniada com o SUS.

O processo da descentralização e regionalização

Pacto pela Saúde 2006 - Pacto de Gestão:

- ✓ *Estabelece que as ações e os serviços de **atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios**. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos **de acordo com o pactuado** e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal. Ou seja:*
- ✓ Além da atenção básica e de parte da média complexidade (municipal), no desenho da região e das redes serão definidas as demais áreas de atenção, **levando em conta a economia de escala e a equidade no acesso da população, sempre pactuada na CIB ou nos colegiados regionais.**
- ✓ **A responsabilidade, com relação à regulação**, no que se trata das referências intermunicipais (que acabam abrangendo parte dos procedimentos de média e praticamente toda a alta complexidade), é do **gestor estadual**.

Decreto 7.508/2011: Aprofunda o processo de regionalização da saúde no Brasil, estabelecendo as regiões de saúde como limites geográficos constituídos por municípios vizinhos e com identidades socioeconômicas similares, visando integrar a organização e o planejamento das ações de saúde.

Financiamento federal da **média e alta**
complexidade no SUS



Financiamento federal da MAC no SUS

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes:

- ❖ **Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)** que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;
- ❖ **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)**, cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros em geral são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

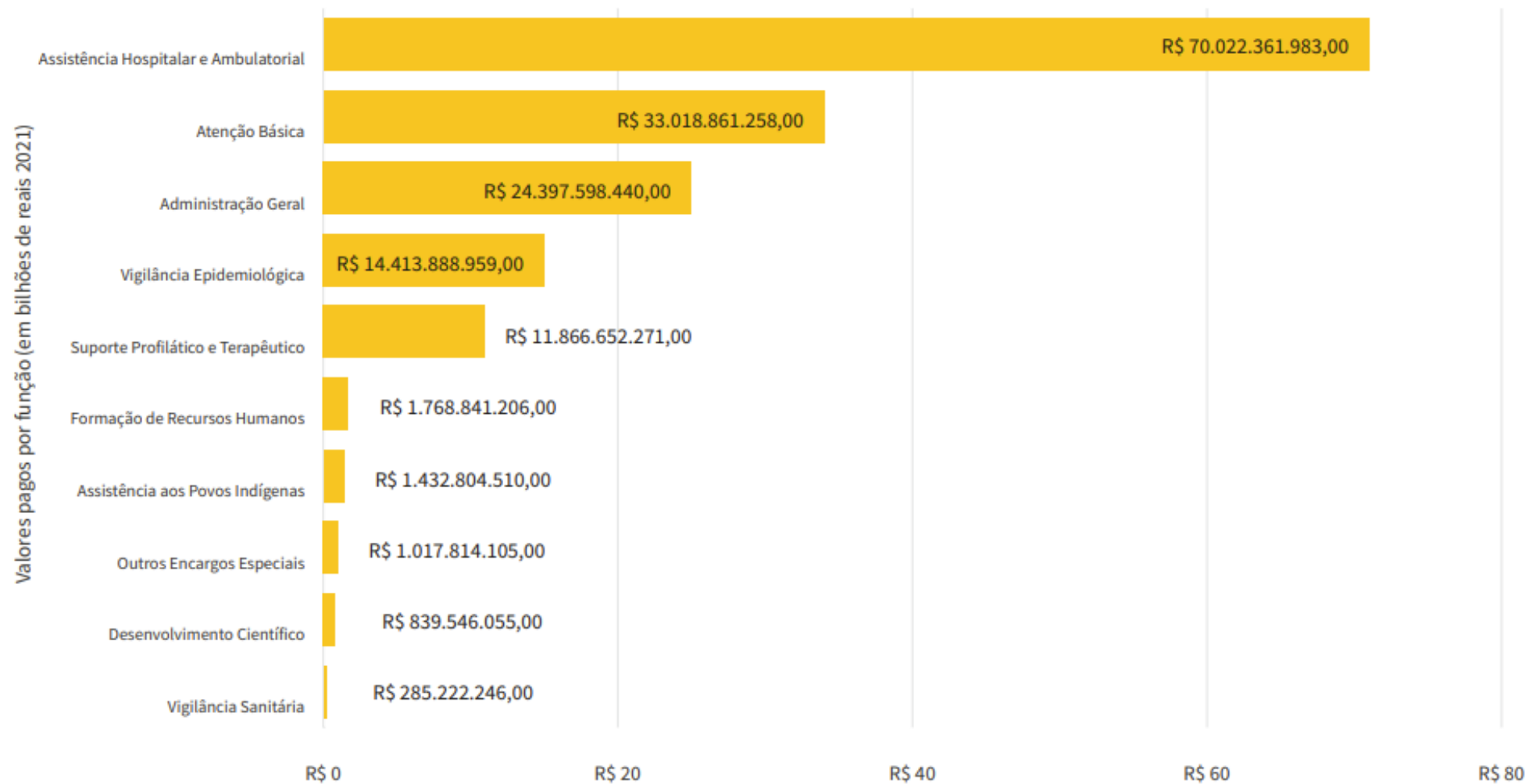
→ **Orçamento executado pelo MS em 2021: R\$ 159,7 bilhões**

43,8% - Assistência Ambulatorial Hospitalar / 20,7% - Atenção Primária

*Dos R\$ 159,7 bilhões gastos pelo MS, R\$ 56,7 bilhões (35,5%) foram aplicados de forma direta e R\$ 98,6 bilhões (61,7%) foram transferidos fundo a fundo a estados, DF e municípios;

DESTINO DOS GASTOS DA UNIÃO EM 2021:

Cerca de 44% se destina à assistência hospitalar e ambulatorial*



Fonte: Painel do Orçamento Federal / Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022

Alguns números em **2022**...

28.137 leitos de UTI e UCI

4.102 Unidades Móveis do SAMU (86% da população coberta)

722 Unidades de Pronto Atendimento

51.113 equipes de ESF, sendo **3.835** EAP

27.039 equipes de saúde bucal

6.661.391 Procedimentos de Concessão de Órtese e Próteses

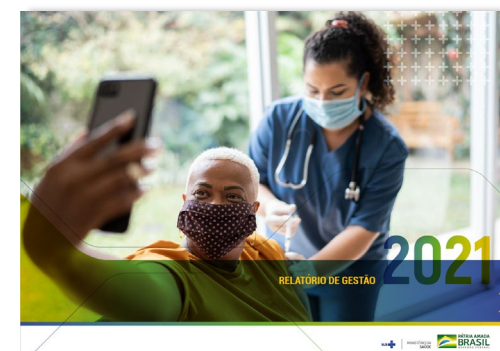
11,4 milhões de internações hospitalares

2,2 bilhões de procedimentos de Atenção Ambulatorial Especializada

7,6 milhões de procedimentos de rastreamento do Câncer de Mama e de colo do útero
1.998.097 mamografias (50 a 69 anos)
e **5.697.589** exames citopatológicos (25 a 64 anos)

958.154.079 Procedimentos com finalidade diagnóstica

23.508 Transplantes





Alguns achados...

- ❖ “... **localidades com mais serviços de saúde tendem a receber mais recursos federais**. Como consequência, os **aportes federais são menores em regiões com rede de saúde menos desenvolvida**, não atendendo ao critério de necessidades de saúde da população previsto na Lei Complementar nº 141/2012.”
- ❖ “... regiões e macrorregiões de saúde **sem cobertura de alguns procedimentos de média e alta complexidade.**”
- ❖ “... Existem **desigualdades no acesso à Alta Complexidade**, com distâncias médias percorridas pelos pacientes atendidos variando de menos de 150 km a mais de 500 km. Isso revela a necessidade de se **avançar no aperfeiçoamento da rede regionalizada** de ações e serviços.”
- ❖ “... Identificam-se necessidades de **aprimoramentos nos instrumentos relacionados ao financiamento federal da Média e Alta Complexidade (MAC)**, nas estratégias de redução das desigualdades regionais e na definição de parâmetros para monitoramento do desempenho da atenção especializada.”



Algumas recomendações ...

- ❖ “... **Aprofundar a regionalização do SUS**, por meio da elaboração e implementação da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e do Planejamento Regional Integrado (PRI)”.
- ❖ “... Elaborar **diagnóstico da necessidade de investimentos** de médio e longo prazo, considerando os parâmetros de cobertura de regiões e macrorregiões de saúde, incluindo no diagnóstico a necessidade de formação e fixação de profissionais de saúde.
- ❖ “... Estabelecer diretrizes para a **revisão sistemática e periódica dos parâmetros de cobertura da atenção especializada** da região e macrorregião de saúde, além de monitorar e dar transparência acerca do cumprimento dos parâmetros estabelecidos.
- ❖ “... Definir estratégia para coordenar, em nível nacional, as discussões voltadas à **revisão do modelo de financiamento federal da MAC**”.
- ❖ “... Estabelecer parâmetros de deslocamentos territoriais para alguns procedimentos, criar e dar transparência a um **sistema de monitoramento de indicadores de acesso geográfico**”.



Considerações finais...

O principal objetivo da avaliação foi compreender a **estrutura do atual modelo de financiamento federal da MAC e o processo de decisão da distribuição dos recursos entre os entes**, além de avaliar o efeito da distribuição dos recursos da MAC sobre o acesso às internações e procedimentos de Alta Complexidade.

Em que pese a alta materialidade dessa Ação Orçamentária, **a participação federal no financiamento** da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS responde, em média, por **menos de 40% do total**, com **relevante participação de aportes de recursos próprios de estados e municípios**.



Necessidades de aprimoramentos nos instrumentos relacionados ao financiamento federal da MAC e à organização da atenção à saúde no SUS.



Avanço das estratégias de redução das desigualdades regionais, na definição de parâmetros para monitoramento do desempenho da atenção especializada e na transparência e controle social do financiamento federal da MAC.



Núcleo de Atenção à Saúde | SE Conass
Eliana Dourado | elianadourado@conass.org.br
Luciana Tolêdo | luciana@conass.org.br
61 3222.3000