



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde

RELATÓRIO

Assunto: Análise de Impacto Regulatório: UBS Digital

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. O presente Relatório de Análise de Impacto Regulatório - AIR foi elaborado em atendimento ao disposto no Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, que regulamenta a análise do impacto regulatório, com efeitos para a administração pública federal a partir de 14 de outubro de 2021.

1.2. A Atenção Primária à Saúde - APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Estas ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

1.3. A APS é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS e está presente em todos municípios brasileiros e Distrito Federal, constituindo-se como a ordenadora dos fluxos na Rede de Atenção à Saúde - RAS, sendo capaz de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

1.4. Por mais que várias estratégias e políticas já tenham sido estabelecidas, ainda há dificuldades que devem ser enfrentadas num país de tamanho continental que apresenta muitas características diferentes em seus diversos territórios. Um dos problemas que se vislumbra hoje ainda é que a população de municípios com territórios muito remotos ainda não tem acesso ao mesmo nível de atenção na APS que áreas mais urbanas. Dessa forma, é necessária a instituição de novas políticas para tentar vencer as dificuldades impostas por um território diferenciado, tendo os princípios do SUS como orientadores na assistência à população destas localidades, analisa-se a instituição do projeto-piloto Unidade Básica de Saúde Digital - UBS Digital, componente da Política Nacional de Saúde Digital e Telessaúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2. PROBLEMA REGULATÓRIO

2.1. Aproximadamente metade da população mundial mora em zonas rurais, porém têm condições de vida piores do que a da população urbana, pois convivem com dificuldades de transporte, de comunicação e na área da saúde têm menos acesso a cuidados e serviços de saúde, desigualdade no financiamento e escassez de distribuição desigual de profissionais de saúde (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

2.2. Em muitas áreas rurais e remotas a APS apresenta-se como único recurso de saúde para a população e, por este motivo, é essencial que haja o fortalecimento deste nível de atenção nestas comunidades, visando, assim, superar as iniquidades das áreas rurais. No Brasil a APS ainda tem forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissional (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

2.3. Os municípios rurais remotos têm características que impactam nos serviços de saúde (na estrutura e na função), em como os profissionais trabalham e na natureza da prática de saúde. As iniquidades encontradas nestas áreas resultam em maior exclusão social dos moradores de áreas rurais e são vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais, tais como: pobreza, níveis mais baixos de emprego, desigualdade econômica, menor disponibilidade de serviços e profissionais de saúde, menor infraestrutura das unidades da APS e menos transporte e comunicação entre as áreas rurais e centros urbanos (RODRIGUES *et al.*, 2021).

2.4. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil viabilizou que o acesso à APS fosse mais resolutivo e humanizado para a maioria da população. Porém as desigualdades encontradas nas áreas rurais colocam maiores obstáculos e desafios à atuação das equipes de Saúde da Família nestes territórios (RODRIGUES *et al.*, 2021).

2.5. Em estudo realizado em município rural remoto da região amazônica,

Rodrigues e colaboradores (2021) relataram que era comum as equipes fazerem ações itinerantes e intermitentes nas áreas mais remotas do município e que estas ações eram afetadas fortemente por condições climáticas. No período chuvoso algumas áreas ficavam inacessíveis e na seca não era possível trafegar nos rios. Nesse cenário alguns usuários ficavam desassistidos por longos períodos (até 6 meses).

2.6. Outro problema enfrentado nesse município era relacionado a medicamentos e aos exames. A distribuição dos medicamentos era centralizada para controle de dispensação e diminuição de gastos. Porém isso dificultou o acesso dos usuários que tinham que deslocar por uma hora e meia entre a UBS e a farmácia. Já os exames realizados na UBS eram encaminhados para a capital do estado e o alto fluxo atrasava muito a chegada dos resultados (RODRIGUES *et al.*, 2021).

2.7. O estudo identificou:

- a melhoria no atendimento médico a partir do provimento de médicos realizado pelo Programa Mais Médicos, uma vez que viabilizou a fixação desses profissionais na assistência à população;
- a dificuldade no acesso da população aos serviços especializados, levando-os a buscar atendimento do tipo no Peru, país que faz fronteira com o município;
- Que a falta de informatização e de conexão impedia o uso de Telessaúde e a falta de telefone dificultava a comunicação entre o ACS e a UBS em casos de urgência. (RODRIGUES *et al.*, 2021).

2.8. **Os médicos ainda ressaltaram que a falta de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em saúde inviabilizava a integração com a atenção especializada disponível em outros municípios, sendo a maioria na capital (seis horas de distância)** (RODRIGUES *et al.*, 2021).

2.9. Assim como ocorre no Brasil, quadros de maiores iniquidades em saúde rural são notados em países pobres e em desenvolvimento. Estudos realizados em países da África, Paquistão, Grécia e Austrália demonstram que há carências materiais dos serviços de saúde em áreas rurais, com dificuldades de prover recursos de infraestrutura e recursos humanos, principalmente em países pobres e no setor público (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021)

2.10. A necessidade de investimentos em TIC em saúde das zonas rurais, como telessaúde e prontuários eletrônicos, visando a melhoria do acesso bem como a continuidade, a coordenação e as práticas do cuidado, apresentam-se em vários estudos. As dificuldades em acessar as TIC (computador, internet, telefonia móvel) prejudicam o desempenho dos profissionais de saúde destas zonas rurais (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

2.11. Os estudos levantados por Franco, Lima e Giovanella (2021) sobre saúde das populações de zona rural mostram que territórios muito abrangentes, com limitados recursos de transporte, infraestrutura e serviços, apresentam dificuldades de acesso e necessidades de soluções mais viáveis economicamente. E populações pequenas e dispersas das zonas rurais são vulneráveis a condições socio sanitárias e epidemiológicas prejudiciais e específicas do seu contexto.

2.12. A força de trabalho destes locais também merece atenção, pois gastos elevados foram evidenciados, pois são locais com dificuldade de atração e de fixação de profissionais qualificados. Estas dificuldades se devem à insuficiência em quantidade e competências, carências em estrutura e insumos dos serviços e condições desfavoráveis de trabalho (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

2.13. Falhas de acesso, de organização e de força de trabalho na APS levaram ao reinício, adiamento ou abandono da busca por cuidados de saúde; levaram a busca por pronto-atendimentos em detrimento dos serviços da APS, independentemente do tipo de demanda; piora nas condições de saúde; e aumento de custos e de riscos em viagens de deslocamento até os serviços (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

2.14. Considerar os desafios apresentados nas zonas rurais, bem diferentes das zonas urbanas, é essencial para proposições mais equânimes e inovadoras.

3. MAPEAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

3.1. NAPO - projeto peruano

3.1.1. O projeto NAPO, descrito por Garcia, Prieto e Barrena (2021), é uma iniciativa de inovação social liderada pela Fundação EHAS (Enlace Hispano Americano de Salud) em associação com o CAF (Banco de Desenvolvimento da América Latina) que aborda o desafio técnico e econômico de aproximar as telecomunicações de uma área particularmente isolada: a Amazônia peruana. O projeto intitulado "Inovação Social com Conectividade e Saúde: Telefonia Celular 3G e Atendimento Materno-Infantil em Comunidades do Amazonas" traz tecnologia como ferramenta chave para promover processos de desenvolvimento no meio rural, em consonância com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 9, que busca aproveitar o potencial da TIC para abrir oportunidades que melhorem as condições de vida das suas populações e fortalecer os serviços de saúde pública.

3.1.2. O NAPO vai implantar conectividade em 15 comunidades rurais instaladas às margens do rio Napo, que atravessa a selva amazônica peruana. A

solução do NAPO propõe um modelo de negócio social e aproveita as redes de telecomunicações para introduzir ferramentas de comunicação em áreas remotas e fortalecer os serviços essenciais, particularmente os cuidados de saúde. A fórmula baseia-se em parcerias público-privadas multissetoriais para melhorar a promoção, prevenção e cuidados da saúde materna e infantil, impulsionar setores como comércio e encurtar distâncias com as populações rurais.

3.1.3. No final da intervenção no início de 2020, o projeto NAPO conseguiu oferecer serviço de telefonia celular 3G em 10 comunidades indígenas e serviço móvel 2G em 5 comunidades da bacia do Napo, localizadas na província peruana de Maynas. Além disso, o acesso à Internet e um serviço de telefonia IP que lhes permite comunicar entre si e com o Hospital Regional de Iquitos, além dos serviços de eSaúde, fortalecendo os serviços públicos de saúde da Rede de Saúde de Napo. Os benefícios das comunicações foram estendidos a uma população total de 21.000 habitantes. A experiência do projeto NAPO também serviu de cenário de teste para o desenvolvimento da iniciativa "Internet para todos" da Telefónica e da CAF, onde esta última realizou um investimento de capital da Telefónica, Facebook e Banco Desenvolvimento Interamericano.

3.1.4. O compromisso do NAPO para enfrentar os desafios colocados pelo isolamento da floresta amazônica adota uma abordagem holística que não apenas incorpora novas soluções tecnológicas, mas também envolve atores multidisciplinares para gerar novos modelos de desenvolvimento sustentável em termos de telecomunicações rurais. Há três aspectos principais que colocam este proposto no campo da inovação social e será desenvolvido no seguintes seções:

a) A solução técnica. A tecnologia utilizada resolve uma das principais dificuldades que impossibilitam o acesso de comunidades rurais isoladas à comunicação: o custo excessivo de instalação e, sobretudo, tudo, operação e manutenção dos sistemas.

b) Sustentabilidade técnica e financeira. Os atores envolvidos, as alianças e o modelo de negócios do projeto foram evoluindo ao longo do tempo até que uma estrutura firme fosse formada e completo cobrindo todos os aspectos. Além disso, no projeto NAPO, foi incorporada uma figura muito importante, chamada de OIMR (Operador de Infraestrutura Móvel Rural). Esta figura fornece serviço de comunicações em áreas rurais, gerencia avarias ou melhorias em infraestrutura e é exigido por lei para atender aos padrões de qualidade. E são os próprios usuários, através do consumo, que financiam o serviço.

c) Resultados positivos do acesso à Internet. Há muitos resultados positivos do acesso à internet em termos de melhoria do sistema saúde, mas também existem várias externalidades positivas, onde a rotatividade do pessoal médico é reduzida e professores, ou você vê uma melhora na economia local.

3.1.5. O serviço de telefonia celular é implantado por meio de estações base instalado em cada comunidade onde você deseja prestar serviço. Em pequenas comunidades, basta instalar uma única estação, e esta é a caso da maioria das comunidades Napo. a estação de telefone celular precisa se conectar à rede de uma grande operadora, neste caso, da Telefónica del Perú, e o faz por meio da rede terrestre sem fio que une as comunidades com Iquitos. Dessa forma, democratiza o acesso às tecnologias, pois cada usuário pode fazer ligações e conectar-se à internet usando seu celular. Outro aspecto fundamental na implantação desse tipo de infraestrutura é a sistemas de energia que alimentam equipamentos de telecomunicações. No projeto NAPO foram utilizados sistemas fotovoltaicos (energia solar) que podem ser instalados em praticamente qualquer local.

3.1.6. A figura do OIMR (Operador de Infraestrutura Móvel Rural) é um dos pontos de inovação mais marcantes do projeto. Esta é uma figura que existe desde 2013 no Peru, criada promover o acesso às telecomunicações nas zonas rurais. Os OIMRs são operadores de telecomunicações "pequenas" capazes de instalar infra-estruturas de acesso celular e transporte em áreas onde as "grandes" operadoras, como Claro ou Movistar (no caso do Peru), não oferecem cobertura. Para fazê-los, as grandes empresas cedem o uso das suas frequências de operação para os OIMRs, nas zonas que são onerosas para instalar serviço das "grandes".

3.1.7. A sustentabilidade do projeto é garantida, pois são alimentadas por energias renováveis e de baixo impacto ambiental, podem ser mantidas por funcionários locais e o custo da tecnologia pode ser mantido com a renda da oferta de serviços a comunidade, que antes não tinha acesso à telefonia.

3.1.8. No âmbito da saúde tem-se um problema grande de acessibilidade das populações rurais e mais ainda das indígenas nas comunidades de NAPO para chegar nas unidades de saúde, por baixa infraestrutura de transporte e pelas grandes distâncias das comunidades até o serviço de saúde. As dificuldades relatadas para não fazer unidades em comunidades rurais isoladas são falta de infraestrutura de transporte, que encarece sua construção e o fornecimento de insumos; escassez de pessoal médico e de enfermagem disponível. A maioria dessas comunidades são assistidas por técnicos.

3.1.9. O projeto NAPO lançou serviços eSaúde e aplicativos *mHealth*¹ nas

redes de telecomunicações implantadas, permitindo ao pessoal médico especializado atingir comunidades isoladas por meio de inovação e tecnologia, implementando as seguintes melhorias na rede saúde pública de Napo:

- a) Implantação de sistema de telefonia IP em estabelecimentos de saúde rural que lhes permite fazer chamadas telefônicas entre eles e com o Hospital de Iquitos sem custo para o sistema público de saúde.
- b) Implantação de ferramentas de videoconferência entre os 15 estabelecimentos rurais de saúde sem implicar no consumo de recursos, já que novamente é um serviço interno que não requer conexão com o exterior da rede. Acesso à Internet através de uma conexão fornecida pelo Governo Regional de Loreto.
- c) Implantação de serviços de eSaúde para melhorar o diagnóstico e tratamento de problemas de saúde prevalentes na área.

3.1.10. A aplicação de serviços de eSaúde para melhorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes permitem que o pessoal de saúde rural consulte especialistas antes de tomar uma decisão sobre o tratamento ou a transferência de um paciente. Desta forma, evita-se a transferência de pacientes que podem ser tratados localmente com monitoramento remoto adequado de médicos especialistas. Isso é importante porque o custo de deslocamento em áreas isoladas como a Amazônia é especialmente alta, tanto para o sistema público quanto para os próprios pacientes.

3.1.11. Essas ferramentas também permitem a identificação precoce de problemas graves que exigem uma transferência e facilitam a coordenação necessária no sistema de saúde para garanti-lo.

3.1.12. As ferramentas de diagnóstico remoto utilizadas no projeto NAPO são:

- a) Telecografia, para identificação de riscos obstétricos que possam colocar em risco a saúde ou mesmo a vida da gestante e do feto.
- b) Teleestetoscopia, para o diagnóstico de infecções respiratórias agudas, que são uma das principais causas de mortalidade infantil.
- c) Teledermatologia, para identificar problemas dermatológicos e lesões superficiais.

3.1.13. A avaliação preliminar do projeto identificou que houve fortalecimento da capacidade de resolução de problemas pelos profissionais de saúde atuantes na zona rural, pois permitiu que os técnicos de enfermagem desses lugares consultassem o corpo médico e de especialistas que deram mais precisão ao diagnóstico. Trouxe benefícios na vigilância epidemiológica por permitir maior troca de informações, coordenação de emergência, referência e contrarreferência de pacientes, a dispensação de medicamentos e, em geral, otimizaram a gestão da rede de saúde. Finalmente, também destaca a oportunidade que as TIC abrem para o pessoal de saúde rural para melhorar suas habilidades profissionais por meio de cursos de treinamento on-line.

3.2. Iniciativas australianas

3.2.1. Na Austrália, um terço da população não vive nas principais cidades, 25% desta população vivem em comunidades rurais e remotas com menos de 5 mil habitantes. Os habitantes destas comunidades enfrentam desvantagens significativas de saúde quando comparado à população urbana do país. É a fatia da população que apresenta níveis de mortalidade e de doenças mais elevadas, apresentam maiores taxas de hospitalização e maiores prevalências de fatores de risco. Além disso, essa população tem um acesso reduzido a serviços de saúde, incluindo os prestadores de cuidado de APS, em parte atribuído a falta de força de trabalho médica (WAKERMAN *et al.*, 2008).

3.2.2. Visando superar os problemas de acesso e serviços dessa população, medidas específicas voltadas para a saúde rural foram incluídas nos orçamentos anuais do governo nacional desde o início da década de 1990. Na Austrália modelos diferentes de abordagem que buscam garantir os princípios da APS foram adotados considerando o aumento da distância e a diminuição do tamanho e densidade da população. Os modelos são (WAKERMAN *et al.*, 2008):

- a) **Serviços de cuidados primários discretos:** prestados a partir de um local identificável localizado na comunidade a que assistem. Tem como objetivo principal manter um serviço de clínico geral nas comunidades rurais e remotas maiores que enfrentam dificuldades significativas no recrutamento e na retenção de uma força de trabalho de clínico geral adequada. Eles conseguem isso garantindo oportunidades de prática atraentes para os médicos e a continuidade dos cuidados médicos para a comunidade quando os médicos saem. Exemplos destas oportunidades são infra-estrutura de prática e propriedade, mantida por uma entidade como um conselho local, universidade ou outro órgão incorporado, de modo que os médicos de clínica geral podem executar uma 'entrada fácil' no recrutamento e 'saída graciosa' livre de preocupações sobre o retorno do investimento de capital. Nesse modelo, então, há um aumento de médicos recrutados.

b) **Serviços integrados:** oferecem uma gama de serviços integrados de atenção primária à saúde a partir de locais localizados nas comunidades que atendem. Seu escopo é significativamente mais amplo do que os serviços de médicos generalistas, com cuidados compartilhados e equipe multidisciplinar. Os serviços integrados fornecem acesso de ponto único a uma variedade de serviços e um número suficiente de profissionais de saúde para garantir apoio profissional mútuo. Como essas comunidades geralmente não podem sustentar serviços especializados e de saúde de forma discreta, esse modelo permite que a população sustente tal serviço.

c) **Serviços de cuidados de saúde primários abrangentes (CPHC):** são Serviços de Saúde Controlados pela Comunidade Aborígene (ACCHSs) que visam melhorar os resultados de saúde por meio de um melhor acesso aos serviços e abordando os determinantes sociais da saúde subjacentes. Os serviços CPHC são mais amplos em escopo do que a maioria dos modelos de 'Serviços Integrados'. Eles incluem cuidados clínicos primários, atividades preventivas e de promoção da saúde, bem como educação e desenvolvimento em relação ao treinamento da força de trabalho e capacitação de governança/comunidade.

d) **Modelos de extensão:** fornecimento periódico de serviços de uma localidade para outras localidades que não tem estes serviços. Pode funcionar com serviços em locais centralizados que fornecem serviços para cidades satélites através de um arranjo 'hub and spoke' ou quando um médico generalista residente em uma comunidade se desloca para outra por períodos curtos.

e) **Telessaúde/Telemedicina:** meio de superar os problemas de acesso aos cuidados de saúde e a escassez de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. Porém, não pode ser considerada um "modelo" de cuidado por si só.

4. AGENTES ECONÔMICOS, USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS E DEMAIS AFETADOS

4.1. A partir do problema discutido, recomendações científicas e experiências internacionais elencadas nas seções anteriores, verifica-se que múltiplos atores serão impactados pela instituição do Projeto-Piloto denominado Unidade Básica de Saúde Digital - UBS Digital, no âmbito da Atenção Primária à Saúde - APS, quais sejam:

4.1.1. A população, compreendida como o grupo dos usuários dos serviços do Sistema Único de Saúde prestados em municípios rurais remotos;

4.1.2. Os municípios rurais remotos, uma vez que a iniciativa realiza repasse de recursos, regulados por normativa específica, para a prática de ações de teleconsulta, teleconsultoria ou telediagnóstico em UBS homologadas, viabilizando o atendimento de população domiciliada nesses locais;

4.1.3. O Ministério da Saúde, no exercício de seu papel de coordenação nacional do SUS, que presta apoio técnico e financeiro a Estados e Municípios, e muitas vezes na articulação interestadual;

4.1.4. A União por aplicar recursos na saúde pública, contribuindo com o conjunto de municípios rurais remotos para ampliação da assistência em saúde.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

5.1. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

5.2. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

5.3. Art. 18 a 21 do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE;

5.4. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

5.5. Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

5.6. Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

- 5.7. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 5.8. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- 5.9. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 5.10. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 5.11. Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as regras para execução do Programa Médicos pelo Brasil;
- 5.12. Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);
- 5.13. Lei nº 12.965, de 12 de abril de 2014 que estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil;
- 5.14. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 que regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;
- 5.15. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que estabelece lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD); e
- 5.16. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022, que define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

6. OBJETIVO

- 6.1. Frente às constatações observadas nas seções anteriores, faz-se necessária alguma intervenção, com vistas à reestruturação, informatização, e adoção de ferramentas de telessaúde em Unidades Básicas de Saúde localizadas em municípios rurais remotos.
- 6.2. A UBS Digital é uma UBS aparelhada com recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação - TIC, que disponibiliza serviços tipicamente inexistentes e atua como uma referência local, ampliando a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde em locais de difícil acesso e baixo grau de urbanização, de tipologia rural remoto, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- 6.3. Após discussões internas no âmbito da SAPS, entendeu-se que a opção regulatória deve ter como objetivo geral:
- 6.4. **"Possibilitar ampliação dos serviços e atuar como uma referência local viabilizando a ampliação da resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, estando destinada a locais de difícil acesso e baixo grau de urbanização, de tipologia rural remoto."**
- 6.5. O projeto-piloto tem como objetos específicos:
- 6.6. A troca de informações clínicas entre o prontuário eletrônico adotado no serviço de saúde e a plataforma adotada pelo prestador do serviço de telessaúde, evitando-se a redigitação de informações e garantindo que exista transição e continuidade do cuidado entre as partes, apoiada por ferramenta de Saúde Digital;
- 6.7. Gerenciar e compatibilizar a oferta e a demanda de serviços de telessaúde, bem como permitir que as UBS se conectem, por meio do prontuário eletrônico ou outra ferramenta disponibilizada, a um único mecanismo que tenha a capacidade de "rotear" o pedido de acesso à plataforma específica do Núcleo de Telessaúde que a atenderá, de forma que a solicitação de serviços de telessaúde seja realizada em uma única plataforma, agnóstica ao prestador, por qualquer sistema de prontuário eletrônico ou outra ferramenta que a ela se integre, sendo ela a responsável por direcionar corretamente a UBS solicitante para a plataforma do prestador de telessaúde executante, observando-se minimamente os seguintes requisitos funcionais:
- 6.7.1. Permitir às UBS Digital disponibilizar sua oferta de serviços aos municípios rurais remotos de forma coordenada e organizada, inclusive podendo ser intermediados por mecanismo de regulação do acesso, quando necessário;
- 6.7.2. Dar apoio ao diagnóstico em regiões remotas do país;
- 6.7.3. Possibilitar a compatibilização das grades de referência entre os serviços de telessaúde disponíveis e os serviços de saúde solicitantes, com as respectivas cotizações, quando aplicável;

6.7.4. Garantir que os serviços de saúde sejam capazes de identificar a oferta e solicitar serviços de telessaúde, a qualquer Núcleo de Telessaúde que possua como referência; e

6.7.5. Possibilitar o monitoramento dos serviços de telessaúde, solicitados e executados.

7. DESCRIÇÃO DAS POSSÍVEIS ALTERNATIVAS DE AÇÃO

7.1. Diante da necessidade de ampliação dos serviços, bem como da resolubilidade da Atenção Primária à Saúde em locais de difícil acesso e baixo grau de urbanização, de tipologia rural remoto, não há outra possível alternativa a ser implementada.

7.2. Verifica-se que apenas por meio da tecnologia da Informação e Comunicação - TIC e telessaúde é possível a implementação de um mecanismo que torne disponível serviços que habitualmente não estariam, considerando a dificuldade desses municípios em ofertar tais serviços, dada a sua localização / condição.

7.3. Do ponto de vista do modelo de atenção, a APS enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - RAS, possui a função precípua de acompanhar longitudinalmente e com a maior resolubilidade possível os indivíduos sob sua responsabilidade.

7.4. A ampliação de serviços na APS, por meio da telessaúde, possibilita dar acesso à população aos serviços que necessitariam de deslocamento ou aos serviços aos quais existiria grande dificuldade de oferta local.

7.5. O projeto-piloto UBS Digital é, essencialmente, complementar ao Informatiza APS, e viabiliza que as UBS sejam estruturadas de forma a realizar ações de telessaúde e outras ações de Saúde Digital dependentes, como:

a) o acesso aos dados necessários para transição e continuidade do cuidado disponíveis na Rede Nacional de Dados em Saúde (Capítulo II-A, Título VII, Portaria e Consolidação nº 1/GM/MS/2017), que permitirão, por exemplo, a troca de informações entre a UBS e os Núcleos de Telessaúde;

b) a adoção do login único do governo federal (gov.br), já implementado no e-SUS APS, sistema de prontuário eletrônico gratuito ofertado pelo Ministério da Saúde aos municípios, que oportuniza o acesso a vários serviços voltados para o cidadão, conforme previsto na Estratégia de Governo Digital (Decreto nº 10.332/2020).

7.6. Salienta-se que o governo federal oferta, por meio de outras ações, as condições para viabilizar a realização do projeto-piloto UBS Digital, das quais se destacam:

a) Um sistema de prontuário eletrônico gratuito capaz de informatizar toda uma UBS (e-SUS APS);

b) Co-financiamento federal para a informatização de toda a UBS com prontuário eletrônico (Informatiza APS);

c) Ofertas de diversos serviços gratuitos por telessaúde, executados por meio de TEDs e PROADIs, integrantes ou não do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Seção I, Capítulo I, Título IV, Portaria e Consolidação nº 5/GM/MS/2017) ou outra política que vier a substituir;

d) a plataforma de interoperabilidade necessária para a troca oportuna de informações em saúde (Rede Nacional de Dados em Saúde); e

e) mecanismo unificado de login que possibilita o acesso a todos esses serviços.

7.7. Portanto, o projeto-piloto é uma estratégia complementar, pois prevê a aderência a outras estratégias, projetos e programas já existentes no SUS, em detrimento da criação de novas iniciativas, preocupação esta para que não existam iniciativas sem governança, de difícil monitoramento ou desalinhadas com os princípios e diretrizes do SUS e as políticas nacionais de saúde.

8. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DE RISCOS

8.1. Demonstradas as evidências internacionais quanto à adoção de Saúde Digital como um mecanismo para auxiliar o acesso a serviços cuja dispersão territorial num país das dimensões e diversidade do Brasil se tornariam inviáveis em localidades remotas, resta analisar os riscos inerentes à não adoção da solução proposta.

8.2. Adotar soluções de Saúde Digital, ou Digital Health, termo mais recentemente adotado pela Organização Mundial de Saúde, em substituição ao termo anterior e-Health (e-Saúde ou Saúde Eletrônica, em tradução livre), é tema tão relevante ao redor do mundo que a própria OMS disponibiliza um sítio eletrônico específico para tratar do tema, disponível em <https://www.who.int/health-topics/digital-health>, com diversos materiais, guias, ferramentas, experiências etc. relacionadas ao tema.

8.3. Oportuno destacar que seus países membros, em consenso, estabeleceram e publicaram a Estratégia Global em Saúde Digital 2020-2025

(tradução livre), disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>, onde um de seus objetivos estratégicos é, em tradução livre, avançar na implementação de estratégias nacionais de saúde digital.

8.4. O Brasil, por sua vez, já vinha, desde 2019, editando suas estratégias nacionais, disponíveis assim como outras informações sobre o tema em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>.

8.5. A estratégia brasileira, com vigência até 2028, estabeleceu como uma de suas prioridades o "Suporte à Melhoria da Atenção à Saúde", incluindo a tele saúde como uma das ações necessárias para este suporte.

8.6. Além de todo o arcabouço científico que fundamenta as demais seções desta Análise, destaca-se a notícia da Fundação Oswaldo Cruz, disponível em <https://telessaude.fiocruz.br/2022/02/23/teleconsulta/>, que referenciando artigo e legislação, esclarece de forma didática que a teleconsulta, um dos instrumentos da Saúde Digital, tem como benefícios:

- menor demanda por consultas presenciais, com possibilidade de gerenciamento da carga de trabalho dos médicos, permitindo uma reorganização dos sistemas;
- permite superar barreiras de distância, de maneira flexível e conveniente para os pacientes;
- contribui para a continuidade do cuidado;
- autonomia do paciente e
- economia de recursos.

8.7. Dessa forma, o risco inerente a deixar de adotar a solução proposta se traduz na dificuldade ou impedimento de acesso a ações e serviços de saúde que extrapolam a capacidade da APS, ou seja, que a APS necessitaria solicitar em outros serviços/níveis de atenção, mas que poderiam ser solucionados sem a necessidade desse encaminhamento ou mesmo do deslocamento do cidadão para outra localidade ou até mesmo para outro estado, pois poderiam ser realizados de forma remota utilizando-se de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

9. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DA ALTERNATIVA DE SOLUÇÃO ESCOLHIDA

9.1. ESPECIFICAÇÃO DO ATO NORMATIVO PROPOSTO

9.1.1. Feitos esses esclarecimentos gerais, prossegue-se aqui ao detalhamento e especificação do ato normativo proposto.

9.1.2. Em linhas gerais, a alternativa viável é a instituição do projeto Unidade Básica de Saúde Digital - UBS Digital no âmbito do Atenção Primária à Saúde.

9.1.3. Será um projeto-piloto implementado no ano de 2022, que transferirá aos municípios rurais remotos, com UBS aderida ao projeto-piloto, em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Municipais de saúde, o incentivo financeiro de apoio à implantação, no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

9.1.4. Os municípios homologados, além do recebimento de incentivo para implantação, farão jus ao recebimento de incentivo financeiro adicional mensal por eSF e eAP da UBS participante do projeto-piloto, no valor de R\$ 700,00 (setecentos reais).

9.1.5. Os valores foram definidos pela divisão simples do valor orçamentário inicialmente alocado para o projeto-piloto pelo número de municípios que se espera contemplar, ou seja, a totalidade dos municípios de tipologia rural remoto definida pelo IBGE (323 municípios).

9.1.6. Vale destacar o fato de que o projeto, para além do incentivo financeiro, também abarcará a produção de Orientações técnicas para a adequada organização dos serviços e aumento da resolutividade dos serviços de atenção primária.

9.1.7. Por fim, ressalta-se que o projeto-piloto será constantemente avaliado, para fins de uma melhor decisão acerca de eventuais aperfeiçoamentos que possam ser realizados.

9.1.8. O monitoramento das ações se dará, mensalmente, a partir da realização das ações mencionadas no artigo 12, da minuta de portaria (0026971946), registradas nos sistemas de informação em saúde. Outras informações sobre a condução do projeto constarão em manual instrutivo do projeto-piloto, a ser disponibilizado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde no e-Gestor APS (<https://egestorab.saude.gov.br>), contendo as fichas de qualificação dos indicadores, os parâmetros, as metas a serem monitorados e instruções de acesso ao painel de monitoramento.

9.1.9. Ressalta-se que, para além das ações supramencionadas, os requisitos de adesão e homologação, presentes nos artigos 5º, 6º e 10 da minuta de portaria (0026971946), também serão objeto de monitoramento contínuo, uma vez que o artigo 16, da mesma minuta, viabiliza a suspensão de recursos ante o descumprimento deles.

9.2. DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E EXECUÇÃO FINANCEIRA

9.2.1. No que tange ao impacto financeiro, para o ano de 2022, o

projeto Unidade Básica de Saúde Digital - UBS Digital no âmbito do Atenção Primária à Saúde contará com R\$ 14.800.000,00 (Quatorze milhões e oitocentos mil reais) para o seu financiamento e correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária à Saúde, no Plano Orçamentário PO - 000A.

9.2.2. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística dos 5.569 municípios e Distrito Federal, 323 (trezentos e vinte e três) municípios são classificados como rural-remoto, 3.041 (três mil e quarenta e um) municípios como rural-adjacente, 63 (sessenta e três) municípios como intermediário-remoto, 686 (seiscentos e oitenta e seis) municípios como intermediário-adjacente; e 1.457 (um mil quatrocentos e cinquenta e sete) municípios são classificados como urbano.

9.2.3. Considerando que somente os município rurais remotos são elegíveis no escopo do projeto-piloto, o cálculo do impacto orçamentário considerou os valores de implantação e custeio descritos nos artigos 14 e 15 da minuta, que considera para o ano de 2022 a transferência dos valores de implantação, bem como a transferência dos valores do adicional mensal, referente às 6 (seis) parcelas remanescentes, bem como para o ano de 2023, de 12 (doze) parcelas, que resulta no montante total de R\$ 10.529.800,00 (dez milhões, quinhentos e vinte e nove mil e oitocentos reais), apresentado no quadro abaixo:

Impacto Orçamentário Global para 2022 e 2023 considerando os 323 entes elegíveis

Rurais Remotos					
Ano	Parcelas	Valor Mensal	Custeio Anual	Implantação	Total
2022	6	R\$ 226.100,00	R\$ 1.356.600,00	R\$ 6.460.000,00	R\$ 7.816.600,00
2023	12	R\$ 226.100,00	R\$ 2.713.200,00	-	R\$ 2.713.200,00
Total					R\$ 10.529.800,00

9.2.4. Nesse contexto, a adesão dos municípios com classificação rural remoto implica a multiplicação de 323 (trezentos e vinte e três) por R\$ 700,00 (setecentos reais), por 6 (seis) parcelas financeiras de custeio somado ao valor de implantação, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), acrescida das 12 (doze) parcelas para o ano de 2023, resultando na previsão de impacto orçamentário no valor de R\$ 10.529.800,00 (dez milhões, quinhentos e vinte e nove mil e oitocentos reais).

9.2.5. Cabe destacar que o processo de adesão ao projeto-piloto UBS Digital seguirá o fluxo apresentado nos artigos 7º, 8º e 9º da minuta NUJUR/SAPS/MS (0026971946), de 16 de maio de 2022, na forma que segue:

Art. 7º A solicitação de adesão ao projeto-piloto UBS Digital deverá ser realizada pelo gestor de saúde dos municípios, por meio do sistema e-Gestor APS, disponível no sítio eletrônico <https://egestorab.saude.gov.br>, mediante apresentação:

- a) da indicação de 1 (uma) UBS para adesão ao projeto-piloto;
- b) da especificação sobre a necessidade de recursos de TIC e serviços de Saúde Digital e Telessaúde na UBS selecionada, de acordo com a carteira de serviços a ser ofertada no sistema e-Gestor AB; e
- c) do Termo de Compromisso do projeto-piloto.

Art. 8º A SAPS/MS realizará análise da solicitação de adesão, que avaliará sua conformidade com os requisitos previstos nos art. 4º a 6º desta Portaria.

Parágrafo único. A homologação dos estabelecimentos de saúde se dará de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Art. 9º O Ministro de Estado da Saúde publicará portaria de homologação dos municípios, contendo as UBS, que participarão do projeto-piloto.

9.2.6. Os incentivos financeiros serão transferidos, mensalmente, pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, de que dispõe o inciso I do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. A memória detalhada do método de cálculo do impacto orçamentário apresentado acima encontra-se na "Planilha Cálculo Orçamentário" (0026944052).

9.3. CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE DOS ENTES BENEFICIÁRIOS

9.3.1. A contar da data de publicação da Portaria instituindo o projeto-piloto UBS Digital, os municípios farão jus à adesão, observadas as seguintes condições:

I - possuir cobertura de Atenção Primária à Saúde igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento);

II - aceitar o disposto no Termo de Compromisso do projeto-piloto

III - organizar os fluxos de referência e contra-referência para os serviços disponibilizados na UBS Digital junto à sua Central de Regulação de referência;

IV- solicitar a adesão no sistema e-gestor Atenção Básica, disponível no sítio eletrônico <https://egestorab.saude.gov.br>; e

VI - ser classificado como Rural Remoto na tipologia do IBGE.

V - ter UBS que cumpra os requisitos estabelecidos nos artigo 5º. desta Portaria.

9.3.2. A relação dos municípios rurais remotos com a adesão homologada por UBS, que farão jus ao recebimento do incentivo, será publicada em Portaria do Ministro de Estado da Saúde, após análise de conformidade com os requisitos previstos na Portaria e a disponibilidade orçamentária e financeira.

9.3.3. O não atendimento dos requisitos previstos, no prazo de 3 (três) meses após homologação, acarretará o cancelamento da adesão e devolução do incentivo financeiro de apoio à implantação.

10. RESULTADOS ESPERADOS

10.1. O projeto Unidade Básica de Saúde Digital tem como resultado esperado:

10.1.1. Ampliação dos serviços e da resolubilidade da Atenção Primária à Saúde, uma vez que atuará a partir referência local, o que viabilizará o acesso ao SUS pela população residente em locais de difícil acesso e baixo grau de urbanização, de tipologia rural remoto.

10.1.2. Difusão do uso de Saúde Digital e Telessaúde em Unidades Básicas de Saúde - UBS, como mecanismo para ampliar o acesso, a resolubilidade e a integração dos serviços de atenção primária com a Rede de Atenção à Saúde;

10.1.3. Implementação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 na APS pelos municípios.

10.1.4. Facilitação das informações clínicas entre o prontuário eletrônico adotado no serviço de saúde e a plataforma adotada pelo prestador do serviço de telessaúde, evitando-se a redigitação de informações e garantindo que exista transição e continuidade do cuidado entre as partes, apoiada por ferramenta de Saúde Digital.

10.1.5. Operacionalização com o gereciamento/compatibilização da oferta e a demanda de serviços de telessaúde, bem como permitir que as UBS se conectem, por meio do prontuário eletrônico, a um único mecanismo que tenha a capacidade de "rotear" o pedido de acesso à plataforma específica do Núcleo de Telessaúde que a atenderá, de forma que a solicitação de serviços de telessaúde seja realizada em uma única plataforma, agnóstica ao prestador, por qualquer sistema de prontuário eletrônico que a ela se integre, sendo ela a responsável por direcionar corretamente a UBS solicitante para a plataforma do prestador de telessaúde executante, observando-se minimamente os seguintes requisitos funcionais.

10.1.6. Disponibilização para os municípios rurais remotos, de forma coordenada e organizada, dos serviços realizados pelos Núcleos de Telessaúde ou outros prestadores de serviço de telessaúde.

11. CONCLUSÃO

11.1. Ante o exposto, verifica-se que os objetivos almejados para resolução do problema regulatório identificado podem ser alcançados por meio da instituição e implementação do projeto-piloto UBS Saúde Digital .

11.2. Dessa forma, uma das medidas iniciais e necessárias é a normatização do citado projeto, mediante a publicação de ato normativo, definindo os objetivos, as estratégias e práticas envolvidas, o monitoramento e a avaliação, o custeio e as hipóteses de suspensão da transferência do incentivo financeiro no âmbito do projeto proposto.

11.3. Cumpre ressaltar que, dentre outras medidas pertinentes à implementação do projeto-piloto UBS Saúde Digital estão em elaboração as orientações técnicas, para a adequada organização dos serviços e aumento da resolutividade da atenção primária. Os referidos documentos serão disponibilizadas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à APS.

12. REFERÊNCIAS

12.1. BRASIL. O que é Atenção Primária? 7 abr. 2022. **Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 7 abr. 2022. (Brasília).

12.2. FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, 7 jul. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVvpjzyJRtDWyvHkrs/>. Acesso em: 18 mar. 2022.

12.3. GARCIA, A.; PRIETO, I.; BARRENA, C. **Innovación social con conectividad y salud: telefonía celular 3G y atención materno-infantil en comunidades del Amazonas peruano**. Colômbia: Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), 2021. Disponível em: <http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1696/Innovaci%c3%b3n%20social%20con%20conectividad%20y%20salud-Telefon%c3%ada%20celular%203G%20y%20atenci%c3%b3n%20materno-infantil%20en%20comunidades%20del%20Amazonas%20peruano.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 5 abr. 2022.

12.4. OPAS. Atenção primária à saúde. 7 abr. 2022. **OPAS/OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 7 abr. 2022. (Organização Pan-Americana da Saúde).

12.5. RODRIGUES, K. V. *et al.* Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 45, p. 998-1016, 8 dez. 2021.

12.6. WAKERMAN, J. *et al.* Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 276, 29 dez. 2008.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 17/05/2022, às 17:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michael Luiz Diana de Oliveira, Coordenador(a)-Geral de Informação da Atenção Primária**, em 17/05/2022, às 19:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0026916076** e o código CRC **0682CBD8**.

Referência: Processo nº 25000.066651/2022-15

SEI nº 0026916076

Núcleo Jurídico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - NUJUR/SAPS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br