



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar

RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO - PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE LEITOS PARA CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório trata da Análise de Impacto Regulatório (AIR) realizada para fins de alterar um aspecto da normativa vigente, o processo centralizado do ato de realizar a habilitação de algumas tipologias de leito, sendo elas: leito de unidade de terapia intensiva – UTI adulto (considerando também UCO e queimados) e pediátrico, e leito de Unidade de Cuidado Intermediário, adulto e pediátrico, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem-se como objetivo primordial possibilitar a descentralização das referidas habilitações para ato da Gestão Estadual de Saúde e, não mais, ato da Gestão Federal (União), aplicando-se tanto para os estabelecimentos hospitalares de gestão estadual, quanto para os de gestão municipal.

Atualmente, tal ato, regido pela Portaria de Consolidação MS/GM Nº 3 de 28 de setembro de 2017, centraliza a habilitação na Gestão Federal, e isso ocasionou ao longo dos anos, um processo que tem se mostrado menos ágil do que o desejado, ao passo que, exige etapas a serem realizadas na gestão local do SUS e posteriormente na Gestão Federal. Assim, concentrar a habilitação na gestão local do SUS permitirá agilidade ao processo, que é aplicável ao que se deseja para a melhoria do processo de habilitação dos leitos em questão na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Ampliar o acesso da população ao SUS é o fator que impulsiona a habilitação dos leitos de UTI, principalmente em regiões com vazios assistenciais, considerando que a maioria dos leitos de UTI, atualmente, estão habilitados em capitais ou grandes centros.

De acordo com as informações contidas no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES, há aproximadamente um total de 30.600 leitos de UTI habilitados com a percepção do recebimento do respectivo recurso Federal, nas diversas tipologias.

Atualmente a habilitação de leitos de UTI se dá por ato realizado pelo Ministério da Saúde com a avaliação da documentação necessária e publicação de portaria de habilitação no Diário Oficial da União, e consequentemente com o repasse do recurso de custeio relativo ao leito habilitado. Nesse sentido, todo leito de UTI habilitado recebe da União, o valor do custeio do mesmo, a título de financiamento tripartite.

Ocorre também que tal fluxo de habilitação tem demonstrado, ao longo dos exercícios, maior morosidade, e desse modo, compreende-se como ganho para o processo o fato de atribuir ao Gestor Local do SUS tal processo de habilitação.

Isto posto, vale frisar que a base da gestão descentralizada se trata de autonomia concedida para todos os agentes, com atribuição de competências para analisar os diferentes cenários e tomar decisões. No SUS estas competências estão contempladas na Lei 8080/90, dentre outras.

O Ministério da Saúde estimula a descentralização, a regionalização e a democratização da gestão nos serviços de saúde, reforça a participação do gestor do SUS na organização e regulação do sistema de saúde local como corresponsável pela definição e formalização dos pactos entre gestores e prestadores quanto às prioridades, metas e critérios para a alocação dos recursos da assistência à saúde.

Quanto a Organização do Sistema Único de Saúde – SUS, definiu-se com a Lei Orgânica da Saúde, que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constituem o Sistema Único de Saúde. E, tem-se como princípios básicos a descentralização com direção única de cada governo, a equidade, a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a participação social, entre outros. Com isto foram estabelecidos os papéis dos três níveis de direção do SUS (Federal, Estadual e Municipal).

Nesse sentido, a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidou a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde – RAS (origem: Portaria nº 3.390/2013).

Nessa organização as unidades de saúde que compõem a rede hospitalar assistencial devem observar essas diretrizes para a inserção na RAS

Visa-se com tal organização melhorar a eficiência e a qualidade das respostas do Sistema às necessidades de saúde da população, para consolidar princípios, processos e instrumentos compatíveis com uma gestão descentralizada no SUS.

Assim, foram identificadas e analisadas as causas e as consequências relacionadas a esse problema e, a partir dessas discussões, apontou-se possíveis três soluções:

1. Manutenção da situação atual – A habilitação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI e Unidade de Cuidado Intermediários – UCI, permanece sendo realizada pelo Gestor Federal, com o respectivo repasse de recurso de custeio por parte do Gestor Federal;
2. Alternativa Não Normativa – Reformular o quadro de informações do CNES, referente ao módulo “Hospitalar-Leitos”, acrescentando a coluna “leitos habilitados”, passando a constar neste módulo, 03 colunas distintas: Leitos Existentes/Leitos SUS/Leitos Habilitados; onde na coluna dos “leitos existentes” deve ser a totalidade dos leitos operacionais que o estabelecimento possui; a coluna de “leitos SUS” que deve ser o total de leitos disponíveis ao SUS; e a coluna de “leitos habilitados” que deve ser o total de leitos SUS habilitados com Portaria Ministerial, atestando que os mesmos estão de acordo com as normativas vigentes para a habilitação de leitos de UTI/UCI, com o respectivo repasse do recurso de custeio por parte do Gestor Federal;
3. Alternativa Normativa – proposta de descentralização: Reformular a normativa de forma que a habilitação dos leitos de UTI e UCI passe a ser realizada pelos Gestores Estaduais e Distrital dos SUS, ficando a cargo do Gestor Federal o repasse do recurso de custeio dos leitos por meio do ato de homologação dos leitos já habilitados.

As alternativas foram descritas e avaliadas preliminarmente quanto aos seus impactos positivos e negativos.

Definindo-se a utilização de uma análise de multicritério, modelo que permite criar perfis de impacto para cada alternativa, viabilizando comparar o desempenho de diferentes ações para o mesmo problema, em conformidade com o Art. 7º do Decreto Nº 10.411 de 30 de junho de 2020.

Assim, priorizando a descentralização na gestão do SUS, a aproximação dos serviços de saúde da população, o fortalecimento do comando do gestor local do SUS, a organização da rede ajustada as necessidades epidemiológicas da população, e que ao Ministério da Saúde, como agente Federal, cabe regulamentar e não

executar esse tipo de ato, vê-se como coerente optar pela alternativa 3 (alternativa normativa), que significa reformular a normativa vigente de forma a descentralizar o ato de habilitação de leitos de UTI.

Tal mudança propiciará agilidade e melhor coerência no processo de habilitação dos leitos de UTI, sem comprometer o controle do ente Federal, que seguirá atuante na habilitação dos referidos leitos, uma vez que, na nova proposta se manterá no processo realizando a homologação da habilitação efetivada na Gestão Local do SUS.

Por fim, as próximas seções detalham os aspectos aqui sumarizados, e igualmente apresentam as demais informações requeridas para uma AIR, conforme dispostas no Art. 6º do Decreto nº 10.411/2020.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

O processo de habilitação de leitos de UTI teve início no ano de 1998, quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.918 de 09 de julho de 1998, que estabeleceu critérios de habilitação e custeio de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo, visando a ampliação do acesso a equipamentos e a serviços de alta complexidade para os atendimentos no SUS. Esta ampliação do acesso é visível quando se observa, no Quadro 01, o número de habilitações de leitos de UTI por ano nos últimos 20 anos.

Quadro 01 – leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI habilitados, no período de 2003 a 2023:

ANO	Ampliação de leitos de UTI Brasil				Total de Leitos de UTI ampliados	Impacto Financeiro/Ano Custeio R\$
	Adulto	Pediátrico	Neonatal	UCO		
2003	812	168	312	*	1.292	R\$ 59.326.041,60
2004	519	152	270	*	941	R\$ 47.489.241,60
2005	334	80	241	*	655	R\$ 32.535.763,20
2006	358	83	159	*	600	R\$ 18.772.286,40
2007	598	97	215	*	910	R\$ 51.585.004,80
2008	483	142	193	*	818	R\$ 59.622.701,76
2009	344	69	171	*	584	R\$ 72.649.500,48
2010	532	74	232	*	838	R\$ 94.924.362,24
2011	784	164	348	*	1.296	R\$ 167.315.163,84
2012	793	69	135	*	997	R\$ 144.091.382,40
2013	959	114	206	120	1.399	R\$ 243.165.867,48
2014	573	57	257	65	952	R\$ 169.661.595,96
2015	285	6	87	18	396	R\$ 67.090.886,52
2016	814	137	209	20	1.180	R\$ 171.912.249,40
2017	254	36	138	10	438	R\$ 62.866.995,60
2018	516	61	83	31	691	R\$ 99.597.430,12
2019	687	142	159	42	1.030	R\$ 166.321.649,12
2020	595	99	56	32	782	R\$ 117.196.346,16
2021	434	12	22	10	478	R\$ 68.178.951,48
2022	6.218	396	144	38	6.796	R\$ 1.340.411.400,00
2023 * até junho	651	97	71	92	911	R\$ 181.069.200,00
TOTAL	17.543	2.255	3.708	478	23.984	R\$ 3.435.784.020,16

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS – Portarias publicadas.

Desde então, a política teve algumas mudanças durante o tempo transcorrido, e também, sofreu reajuste nos valores de custeio aplicados a habilitação dos leitos voltados para o atendimento do paciente crítico ou grave.

Atualmente, a normativa que orienta o processo de habilitação, Portaria de Consolidação MS/GM Nº 3 de 28 de setembro de 2017, define novo regramento, mais atualizado, em comparação à fase inicial. E, no que se refere aos valores praticados de custeio do leito de UTI, cita-se que estão incorporados ao teto de média e alta Complexidade (MAC) dos Estados e/ou Municípios, e foram recentemente reajustados, conforme Portaria GM/MS 160 de 27/01/2022, descritos no Quadro 2.

Quadro 02: valor financeiro do recurso de custeio do leito de UTI por tipologia:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	SERVIÇO HOSPITALAR (SH)	SERVIÇO PROFISSIONAL (SP)	VALOR TOTAL SERV. HOSP + SERV. PROF.
08.02.01.008-3	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI II	R\$ 510,00	R\$ 90,00	R\$ 600,00
08.02.01.009-1	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI III	R\$ 595,00	R\$ 105,00	R\$ 700,00
08.02.01.015-6	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTI II	R\$ 510,00	R\$ 90,00	R\$ 600,00
08.02.01.007-5	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTI III	R\$ 595,00	R\$ 105,00	R\$ 700,00
08.02.01.012-1	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN II	R\$ 510,00	R\$ 90,00	R\$ 600,00
08.02.01.013-0	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN III	R\$ 595,00	R\$ 105,00	R\$ 700,00
08.02.01.021-0	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA - UCO II	R\$ 680,00	R\$ 120,00	R\$ 800,00
08.02.01.022-9	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA - UCO III	R\$ 680,00	R\$ 120,00	R\$ 800,00
08.02.01.011-3	DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA QUEIMADOS	R\$ 595,00	R\$ 105,00	R\$ 700,00

Fonte: Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS – Portarias publicadas.

A identificação do problema regulatório passa pela análise crítica do processo de habilitação dos leitos de cuidado dos pacientes em estado crítico e grave, realizada no Ministério da Saúde, no âmbito da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência, da Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (CGAH/DAHU/SAES/MS).

A análise mencionada cumpriu seu papel demonstrando que é necessário favorecer a descentralização da habilitação de leitos de cuidado ao paciente crítico ou grave, para a qualificação do processo e que o mesmo seja vetor de ampliação do acesso aos pacientes e consolidação da gestão do SUS.

Os leitos de cuidado dos pacientes em estado crítico e grave estão registrados no SCNES como “leitos complementares”. E, o fluxo processual para o cadastramento e a habilitação de leitos complementares pode ser resumido da seguinte forma:

1. O Gestor Estadual e ou Municipal realiza a solicitação formal de habilitação dos leitos complementares para a CGAHD/DAHU/SAES/MS, por meio do Sistema de Apoio a Implantação de Políticas em Saúde – SAIPS.
2. Após aprovação da proposta no SAIPS, considerando os critérios para a habilitação, o Ministério da Saúde habilita os leitos aprovados por meio de publicação de portaria no Diário Oficial da União (DOU).
3. A CGSI/DRAC/SAES/MS cadastra a habilitação dos leitos SUS publicados em portaria no CNES, e incorpora o valor de custeio dos mesmos ao teto MAC da gestão competente.
4. O Gestor Estadual/Municipal atualiza um arquivo de aplicação denominado Gestor Federal na versão local.
5. Todos os leitos que foram habilitados passam a ser exibidos como Leitos SUS.

OBS.1: Os leitos complementares, cadastrados pelo gestor, são exibidos no CNES como Leitos Existentes, e demonstram a quantidade de leitos habitualmente utilizados para internação na unidade de saúde.

OBS.2: O quantitativo de Leitos SUS, que não pode ser informado pelo gestor, fica com a quantidade "0" (zero), enquanto o processo de habilitação não é concluído.

Tendo em vista o cenário atual de revisão interna das políticas e programas gerenciados na CGAH/DAHU/SAES/MS, bem como, de seus processos de trabalho, tendo como norteador o alinhamento das ações com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e nas diretrizes do SUS, foram identificados dois aspectos ligados ao processo de habilitação de leitos de UTI praticado atualmente, que implicam em divergência com algumas diretrizes do SUS.

O primeiro se refere a característica de “centralização” do processo de habilitação dos leitos de UTI e UCI pelo Ministério da Saúde, e o segundo, se refere ao registro inadequado destes leitos nos sistemas de informação do SUS.

Estes problemas se desdobram em consequências, e estas são objeto de melhoria dos processos de gestão do SUS. Dentre estas consequências cita-se:

1. Enfraquecimento do processo de planejamento regional:

O processo de habilitação, se realizado localmente nos estados e de forma pactuada com COSEMS e os gestores municipais, pode promover maior interação e articulação entre os gestores locais e as instâncias gestoras do SUS, acerca do planejamento dos recursos financeiros dentro do Plano Regional, promovendo o fortalecimento da gestão tripartite e a corresponsabilização dos entes na organização dos recursos de alta complexidade da RAS.

2. Limitação dos estados em utilizar a habilitação de forma estratégica:

O Estado sendo responsável pelo processo de habilitação, pode estabelecer ferramentas ou incentivos mais estratégicos e específicos para a sua realidade, como, por exemplo, critérios adicionais para habilitação, além dos mínimos já colocados pelo MS, atrelados a incentivo adicional em determinadas ocasiões, e melhor gestão, de forma geral destes leitos de alta complexidade.

3. Morosidade para o processo de habilitação:

O processo de análise de habilitação realizado pelo órgão federal, após a primeira aprovação de mérito pela CGAH, ainda precisa passar por outras instâncias no Ministério da Saúde, relacionados a inserção na RUE e principalmente em áreas relacionadas ao aspecto financeiro orçamentário, o que faz com que as propostas de habilitação sofram um decurso de tempo entre a solicitação de habilitação e de fato a finalização de todo o processo para fins de estarem habilitadas e registradas no sistema como SUS.

4. Impacto no monitoramento e gestão dos recursos a partir do CNES:

Observou-se uma limitação importante na forma de registro dos leitos habilitados no SCNES devido ao fato de que um leito que presta serviços ao SUS percebe seu registro a partir do momento em que de fato está habilitado, ou seja, a partir da publicação da portaria e do registro. Isto gera uma inconsistência importante, uma vez, que não é possível saber o número exato de leitos disponibilizados para o SUS

5. Não registro da produção realizada:

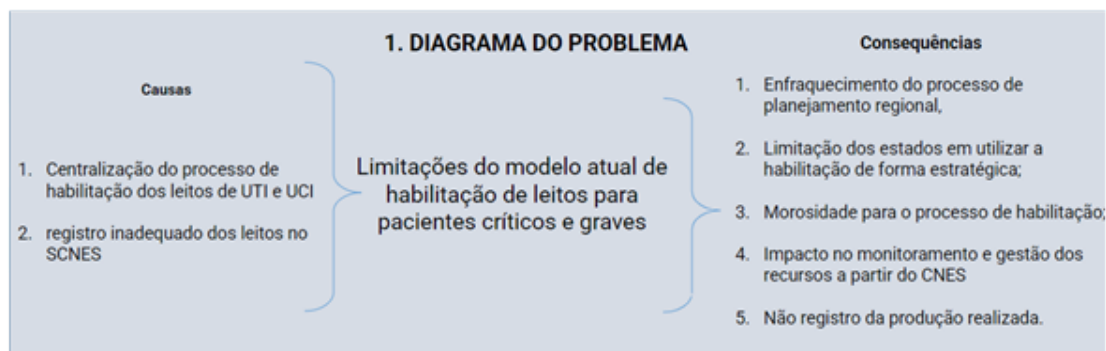
Esta consequência está relacionada ao registro inadequado no CNES, e implica também no não registro da produção assistencial realizada em um determinado leito, pois, uma vez que não está habilitado não se informa a produção nos sistemas oficiais de informação do MS.

Pode-se notar que as causas mencionadas compõem processos que já estão estabelecidos há algum tempo na operacionalização da habilitação, tornando complexo a sua mudança, e exigindo alteração em pontos centrais da regra atual.

Ao mesmo tempo, é oportuno realizar as melhorias no processo no momento de seu diagnóstico e no contexto atual de revisão da PNHOSP e do alinhamento das várias atividades relacionadas a atenção hospitalar com a política.

O problema regulatório foi então identificado pela equipe gerencial como: “Limitação do modelo atual de habilitação de leitos para pacientes críticos e graves”

Figura 01: Diagrama do Problema



Fonte: CGAH/DAHU/SAES

Fatores como esses, e demais necessidades de melhoria e qualificação da normativa, fazem da normativa vigente um objeto de revisão.

Somam-se a isso, outras situações consideradas como dificuldade e complicador, relacionadas ao processo atual, como:

- a) a recorrente dificuldade dos gestores locais com a inserção dos documentos regulatórios necessários para a comprovação de equipamentos e equipe especializada, que cadastrados no sistema de maneira incorreta, geram diligência;
- b) dados incompletos inseridos no SCNES em relação a estrutura física e complementar necessários e de acordo com normativas vigentes;
- c) Dificuldade do acompanhamento e monitoramento do gestor federal na manutenção da conformidade dos critérios de habilitação locais.

Uma das causas mencionadas, a centralização do processo de habilitação, tem como crítica principal, o não alinhamento com uma diretriz norteadora do SUS que é o processo de descentralização, na prática, observa-se um componente importante no processo de habilitação relacionado ao processo de planejamento destes leitos na RAS, e reforça-se aqui que a descentralização no âmbito do SUS tem foco na responsabilidade dos gestores locais na operacionalização das ações e serviços de saúde, organização da rede e planejamento voltado para a RAS.

Apesar de o processo de habilitação atualmente também vincular um processo de custeio destes leitos por parte do Ministério da Saúde, este componente não está necessariamente atrelado aos aspectos organizativos citados primeiramente, sendo possível desassociar os dois componentes, de forma a simplificar.

A PNHOSP também reforça que a atenção hospitalar deve ser planejada de acordo com as necessidades da população, seu território e sua integração aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

A RAS é definida como uma malha que integra os diversos pontos de atenção à saúde em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário. (Portaria GM/MS 3.390/2013).

Considerando que as responsabilidades das esferas de gestão, que representam suas instancias gestoras do SUS, cada ente da federação tem suas competências descritas.

No âmbito da PNHOSP compete ao Ministério da Saúde:

“I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT” (Portaria GM/MS 3.390/2013).

Por tanto, o processo de descentralização das habilitações em leitos de UTI/UCI, fazem parte das ações em saúde descritas desde 2013, no sentido de que direciona aos gestores locais uma atividade de sua competência, diretamente relacionada com o planejamento da estrutura física e disponibilidade de serviços na RAS.

Quadro 03 - Matriz de Causas e Consequências.

Causa	CENTRALIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO	REGISTRO INADEQUADO DOS LEITOS NO SCNES
Consequência		
Enfraquecimento do processo de planejamento regional de forma pactuada:	X	
Limitação dos estados em utilizar a habilitação de forma estratégica:	X	
Morosidade para o processo de habilitação:	X	
Impacto no monitoramento e gestão dos recursos a partir do CNES:	X	X
Não registro da produção realizada:	X	X

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES E GRUPOS AFETADOS

O problema elencado diz respeito as limitações do modelo atual de habilitação de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidado Intermediário no Ministério da Saúde, afetando vários grupos ou atores de modo diferente, com intensidade distinta.

Nesta etapa, foram identificados os principais atores pelo problema identificado em análise. A seguir são descritos os indivíduos, grupos ou setores impactados pelo problema, descrevendo de que modo eles são afetados:

- Gestores hospitalares;

- Demais entes federados: Estados, Distrito Federal;
- Serviços de vigilância sanitária locais;
- Ministério da Saúde (MS);
- Usuários do SUS;

1. Gestores hospitalares:

Cabe comentar que os gestores hospitalares são afetados na medida que a habilitação de leitos em UTI e UCI atualmente são centralizados no Ministério da Saúde, longe de suas esferas de responsabilidades decisórias. Com a modificação da proposta, a habilitação ficará sob responsabilidade do Gestor Estadual ou Distrital, com habilitação deliberada na CIB, sendo a homologação feita na CGAH/ DAHU/ Ministério da Saúde.

2. Entes Federados (Estados e Distrito Federal):

Os estados e Distrito Federal perdem autonomia e possibilidades de exercer um planejamento mais efetivo na medida que não possuem não são responsáveis pela coordenação do processo de habilitação dos leitos, dependendo do ente federal para este processo diretamente relacionado a organização da RAS, além de comprometer a capacidade de registro dos equipamentos nos sistemas de informação, prejudicando a capacidade de gestão local e monitoramento.

3. Serviços de vigilância sanitária estaduais e municipais:

Os representantes locais da Vigilância Sanitária estão distantes do ente federal, responsável pelo ato de habilitar, o que dificulta a interlocução e monitoramento.

4. Ministério da Saúde:

O Ministério da Saúde se compromete com ato que não é o mais adequado para a sua esfera de gestão, e acaba por burocratizar e centralizar mais um trabalho administrativo, o que implica em custos de tempo de trabalho das equipes, e maior morosidade nos processos.

5. Usuários do SUS

Os pacientes direcionados aos cuidados de Terapia Intensiva: Paciente crítico ou gravemente enfermo, são aqueles que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. O acesso e assistência a estes pacientes é prejudicada na medida que que o processo centralizado de habilitação limita a capacidade de gestão e planejamento dos leitos na RAS.

4. IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Constituição Federal de 1988;

- Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP);
- Portaria de Consolidação nº 03, de 28/09/2017 Título X Do cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 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;
- Brasil (2018) diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais [et al.]. Brasília: Presidência da República;
- Brasil (2020a) Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020. Presidência da República. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art.5º da Lei nº 13.874 de 20 de setembro de 2019, e o art.6º da lei nº 13.848 de 25 de junho de 2017.
- OCDE (2022) Recommendation of the Council on Improving the Quality of Government Regulation.OECD/LEGAL/ 0278

5. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

Tendo em vista o problema regulatório identificado e a intenção de solucioná-lo definiu-se: um objetivo geral, dois objetivos específicos e cinco resultados esperados.

OBJETIVO GERAL

- Aprimorar o processo de habilitação de leitos para pacientes críticos e graves.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

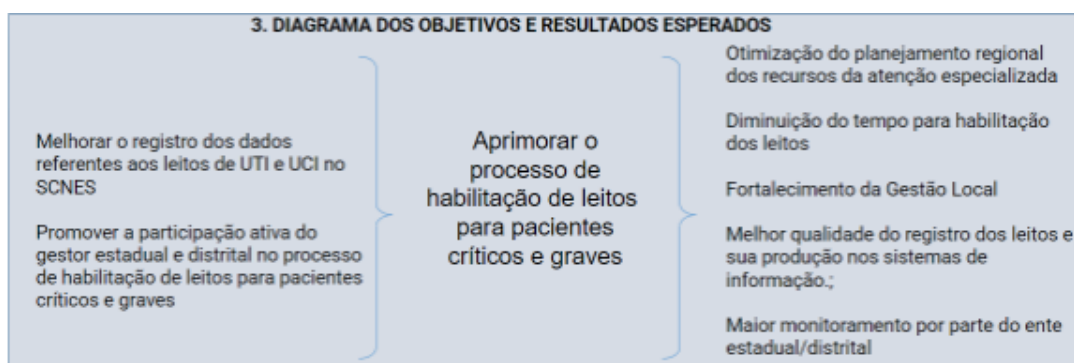
- Promover a participação ativa do gestor estadual e distrital no processo de habilitação de leitos para pacientes críticos e graves;
- Melhorar o registro dos dados referentes aos leitos de UTI e UCI no SCNES.

RESULTADOS ESPERADOS

- Otimização do planejamento regional dos recursos da atenção especializada;

- Diminuição do tempo para habilitação dos leitos;
- Fortalecimento da Gestão Local;
- Melhor qualidade do registro dos leitos e sua produção nos sistemas de informação.
- Maior monitoramento por parte do ente estadual/distrital.

Figura 2: Diagrama dos Objetivos e Resultados Esperados



Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

6. DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS

Com o intuito de solucionar o problema identificado, a partir de técnicas de Brainstorming, debruçou-se sobre o tema e, como resultado, elencam-se três alternativas:

Quadro 4 – Alternativas para o problema regulatório.

Nº	Ação	Alternativas
01	Manutenção da situação atual	Manter o processo de habilitação no nível federal.
02	Alternativa não normativa	Reformulação do quadro de informações no CNES
03	Ação normativa	Alteração da Portaria vigente de forma que gestor de saúde estadual ou distrital realize o processo de habilitação.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Para descrição das alternativas, conforme quadros 5, 6 e 7, foi utilizada a ferramenta 5W2H, um check-list administrativo de atividades, prazos e responsabilidades, desenvolvidos com clareza e eficiência. Tem como função definir o que será feito (What), porque (Why), onde (Where), quem irá fazer (Who), quando será feito (When), como (How) e quanto custará (How much).

Quadro 5 - Descrição da manutenção da situação atual – processo de habilitação em nível federal.

Alternativa 1	Manutenção da situação atual – processo de habilitação inalterado.
---------------	--

O Que (What)	Processo de habilitação de leitos de UTI e UCI realizado pelo gestor federal
Porque (Why)	Para manter a lógica atual do processo de habilitação dos leitos de UTI e UCI, sem repassar esta responsabilidade para estados e distrito federal ou alterando os sistemas de informação.
Quem (Who)	MS
Quando (When)	Desde 1998
Onde (Where)	SAIPS
Como (How)	Manutenção da lógica existente, sem alterar normas e processos de trabalho.
Quanto (How much)	Sem impacto financeiro, implica nos impactos descritos a seguir devido a manutenção das causas do problema.

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 6 - Estratégia não normativa – Rever e reformular o quadro de informações a ser inseridas no CNES acerca da situação dos leitos de UTI.

Alternativa 2	Estratégia não normativa – Rever e reformular o quadro de informações a ser inseridas no CNES acerca da situação dos leitos de UTI.
O Que (What)	Reformular o quadro de informações do CNES, referente ao módulo “Hospitalar-Leitos”, acrescentando a coluna “leitos habilitados”, passando a constar neste módulo, 03 colunas distintas: Leitos Existentes/Leitos SUS/Leitos Habilitados; onde na coluna dos “leitos existentes” deve ser a totalidade dos leitos operacionais que o estabelecimento possui; a coluna de “leitos SUS” que deve ser o total de leitos disponíveis ao SUS; e a coluna de “leitos habilitados” que deve ser o total de leitos SUS habilitados com Portaria Ministerial, atestando que os mesmos estão de acordo com as normativas vigentes para a habilitação de leitos de UTI/UCI, com o respectivo repasse do recurso de custeio por parte do Gestor Federal.
Porque (Why)	Não diferenciação no sistema de leitos SUS habilitados e não habilitados, impactando na gestão, monitoramento e planejamento destes leitos na RAS.
Quem (Who)	MS e gestores locais (municípios, estados e Distrito Federal)
Quando (When)	4 meses para alteração do sistema e atualização dos dados pelos gestores locais
Onde (Where)	SCNES
Como (How)	Articulação com DRAC/SAES e SEIDIGI para manejo e reformulação do sistema e comunicação e orientação aos gestores locais para que atualizem os dados no SCNES conforme novo modelo.
Quanto (How much)	Tempo necessário e custo administrativo para adequação do sistema e atualização das informações pelos gestores locais

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 7 - Descrição da ação normativa - Alteração da Portaria vigente de forma que descentralize o processo de habilitação.

Alternativa 3	Ação normativa - Alteração da Portaria vigente de forma que descentralize o processo de habilitação
O Que (What)	Reformulação da normativa de forma que a habilitação dos leitos de UTI e UCI passe a ser realizada pelos Gestores Estaduais e Distrital dos SUS, após pactuação em CIB, e com o respectivo repasse do recurso de custeio sendo vinculado ao processo de homologação da habilitação, que será realizado pelo Gestor Federal.
Porque (Why)	Para dar maior autonomia e capacidade de gestão, monitoramento e planejamento para os gestores locais para os leitos destinados aos pacientes críticos e graves, tornando o processo de

	habilitação mais alinhados com as diretrizes da descentralização e regionalização do SUS
Quem (Who)	MS e gestores estaduais e distrital
Quando (When)	A partir da publicação da nova portaria.
Onde (Where)	MS, Estados e Distrito Federal
Como (How)	Publicação de portaria com a alteração do dispositivo normativo e repasse da autonomia aos gestores de saúde estaduais e distrital.
Quanto (How much)	Valor da publicação da portaria e custo administrativo para estados e Distrito Federal que passarão a habilitar os leitos

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Sobre os possíveis impactos das alternativas apresentadas, recorreu-se a vários encontros em grupo com discussão sobre possíveis benefícios (impactos positivos) e custos (impactos negativos), visando construir elementos para caracterização das alternativas mais conectadas com a resolução do problema regulatório identificado e com o objetivo geral apresentado.

Nas atividades realizadas utilizou-se do método de roda de conversa com colaboradores da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH/DAHU/SAES/MS), diretoria e assessores do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência (DAHU) e consultores contratados pela Secretaria de Atenção Especializada a Saúde (SAES), com compartilhamento de percepções referente as vantagens e desvantagens para cada alternativa.

Observa-se que os impactos negativos estão relacionados principalmente a manutenção das causas do problema, que podem ser solucionadas parcial ou totalmente pelas alternativas apresentadas. A seguir são descritos os impactos referentes a manutenção de cada de cada uma das causas do problema regulatório:

1. Manutenção do registro inadequado dos leitos no CNES:

A manutenção desta situação implica que vários leitos de UTI, que são destinados ao SUS mas que não são habilitados, permanecerão “ocultos” no sistema, sem constar como leito SUS, apenas sendo contabilizado nos leitos “existentes”. Para ilustrar melhor esta situação, foi levantado pelo CNES, apenas dentre os serviços que são de administração pública onde, na teoria, a totalidade (com raras excepcionalidades) dos leitos deveriam constar como SUS no sistema. Porém observamos a situação representada no Quadro X

Quadro 8. Número de Leitos de UTI totais, SUS e não SUS, em hospitais de Administração Pública (Esfera Jurídica) por Região.

Região	Frequência	Quantidade Leitos SUS	Quantidade Leitos Não SUS
1 Região Norte	2010	1607	403
2 Região Nordeste	6214	4470	1744
3 Região Sudeste	8612	6604	2008
4 Região Sul	1449	1247	202
5 Região Centro-Oeste	1705	1224	481
Total	19990	15152	4838

Fonte: CNES, setembro de 2023

Como podemos observar no quadro, existe um número considerável de leitos de UTI em serviços públicos registrados como não SUS (aproximadamente 24,2%). Este dado muito provavelmente está errado, pois a maior parte destes leitos devem ser destinados ao SUS porém não podemos saber exatamente pois estes leitos passarão a constar como SUS somente após serem habilitados.

Esta falta de clareza nos dados traz diversos prejuízos como por exemplo:

- Informação inadequada para a gestão para a prática de pesquisas acadêmicas;
- Informação inadequada para gestores de todas as esferas, prejudicando no diagnóstico situacional de capacidade instalada e monitoramento destes equipamentos de saúde;
- Dificuldade de Planejamento regional destes equipamentos de saúde e programação da oferta a nível regional.
- Não demonstração da produção destes leitos como produção do SUS.

2. **Manutenção da centralização do processo de habilitação:**

O processo de habilitação de leitos possui atualmente um impacto importante no reconhecimento deste equipamento na RAS, possibilitando, a partir de então, a melhor utilização e planejamento deste recurso. Um processo tão ligado a organização e planejamento das ações e serviços de saúde, deve segundo a diretriz do SUS de descentralização, estar sob gerência dos gestores locais, e neste caso, por se tratar de um equipamento ligado a Alta Complexidade, mais especificamente ao gestor estadual e distrital.

Assim, a manutenção deste processo de forma centralizada implica nas seguintes consequências negativas:

- Desalinhamento dos processos de gestão com as diretrizes norteadoras do SUS;
- Falta de autonomia e limitação no de processo planejamento regional e programação da oferta de serviços de saúde entre os gestores municipais e estadual;
- Manutenção na morosidade no processo de habilitação, que demora pelo menos 1 mês após solicitação pelo gestor local.

Assim o quadro 8 resume os principais impactos positivos e negativos decorrente da opção por cada alternativa.

Quadro 9 - Impactos das alternativas propostas

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)

<p>1. Manutenção da situação atual - Processo de habilitação em leitos de UTI realizado pelo gestor federal</p>	<p>Para gestores estaduais e Distrito Federal não haverá impacto secundário a necessidade de adaptação e execução do processo de habilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do processo centralizado apenas no nível federal com limitações no processo e empoderamento dos gestores estaduais e Distrito Federal no processo de planejamento regional; • Manutenção da morosidade para execução do processo de habilitação; • Manutenção da situação de registro ineficiente dos leitos no SCNES; • Monitoramento prejudicado devido a limitação no sistema SCNES.
<p>2. Estratégia de apoio institucional – Rever e reformular o quadro de informações a serem inseridas no CNES acerca da situação dos leitos de UTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para gestores estaduais e Distrito Federal não haverá impacto secundário a necessidade de adaptação e execução do processo de habilitação; • Reformulação do quadro de informações a ser inseridas no CNES acerca da situação dos leitos de UTI, possibilitando diferenciar os leitos SUS habilitados e não habilitados; • Possibilidade do próprio gestor local registrar o leito de UTI/UCI no campo SUS (referente aos não habilitados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do processo centralizado apenas no nível federal com limitações no processo e empoderamento dos gestores estaduais e Distrito Federal no processo de planejamento regional; • Manutenção da morosidade para execução do processo de habilitação; • Custo para adequação do CNES.
<p>3. Ação normativa – Descentralizar o processo de habilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação do processo de habilitação conforme diretrizes do SUS; • Maior autonomia dos gestores locais, para gestão e planejamento dos Leitos de UTI/UCI na RAS. • Diminuição dos casos de leitos de UTI constando como não SUS por não estarem habilitados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de situação de não visualização entre leitos SUS habilitados e não habilitados (mas com diminuição esperada deste tipo de situação). • Necessidade de adequação do sistema SAIPS e fluxos para processo de homologação; • Para gestores estaduais e Distrito Federal haverá impacto secundário a necessidade de adaptação e execução do processo de habilitação;

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Reforça-se neste ponto de que as mudanças propostas não envolvem um impacto financeiro direto, que exijam aumento de algum tipo de custeio, sendo os gastos apenas aqueles indiretos, necessários para alguma adequação de sistema ou de processo administrativo, sem impacto concreto, por isso, não será abordado análise de impacto financeiro.

7. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

Durante o estudo, foi compreendido que para fins de comparação das 3 alternativas, tendo em vista a resolução das consequências do problema regulatório identificado, procedeu-se à escolha da metodologia, como análise multicritério, conforme disposto no art. 7º do Decreto nº 10.411/2020.

Considera-se como conflitante os dois critérios diagnosticados como causa do problema regulatório.

Critério 1: Promover a participação ativa do gestor estadual e distrital no processo de organização/habilitação de leitos para pacientes críticos e graves

Critério 2: Melhorar o registro dos dados referentes aos leitos de UTI e UCI no SCNES

O problema multicritério é caracterizado quando há ao menos dois critérios conflitantes de avaliação e, ao menos duas alternativas de ação a serem consideradas. As alternativas são avaliadas considerando-se os critérios de decisão por meio de análises de preferência ou desempenho. Assim em um primeiro momento foi definido uma ponderação de importância em relação aos 2 critérios, e foi definido que:

“O critério 1 é extremamente mais importante do que o critério 2”.

Esta foi a conclusão seguindo-se a lógica de que, primeiramente, as políticas do SUS devem cumprir e estar de acordo com os princípios do SUS que constam na constituição.

A análise multicritério permite a avaliação das alternativas para solução do problema regulatório considerando a natureza dos critérios de decisão sem requerer transformação para a mesma escala de avaliação.

Desta forma, nesta AIR, as 3 alternativas apresentadas para a resolução do problema regulatório foram analisadas quanto a capacidade de resposta aos dois critérios conflitantes apresentados acima e seus impactos.

Alternativa 1 - Manutenção da situação atual: por não promover nenhuma mudança em relação a situação vigente, esta alternativa apresenta ineficiência na resolução de ambos os critérios, e mantendo todos os impactos decorrentes da situação. Não é a alternativa mais adequada.

Alternativa 2 - (Não normativa) - Reformular o quadro de informações do CNES: Esta alternativa apresenta uma resolutividade ótima para o critério dois, pois mitiga a deficiência da falta de diferenciação entre os leitos SUS habilitados e não habilitados, permitindo inclusive que os gestores locais possam registrar no sistema os leitos SUS não habilitados, ajudando a responder os impactos relacionados ao registro limitado dos dados. Porém o processo de habilitação se mantém centralizado no MS, não favorecendo o processo de gestão e planejamento descentralizado e regionalizado, sob a responsabilidade dos entes mais próximos ao território e responsáveis pela operacionalização da RAS. Logo possui resposta ineficiente para o critério 1.

Alternativa 3 - (normativa) - Proposta de descentralização por meio de reformulação normativa: esta alternativa viabiliza de fato a descentralização do processo de habilitação do MS para a responsabilidade dos estados e Distrito Federal, que de forma regionalizada, e articulada com os municípios deverá aprovar em CIB a habilitação dos leitos e formalizar o processo por meio de instrumento normativo próprio, assim esta alternativa possui uma resposta ótima para o critério 1. Em relação a melhoria do registro dos dados, o processo de habilitação se tornará mais rápido, podendo ser registrado como “SUS” no sistema de forma mais ágil, além disso, espera-se que com o próprio gestor local podendo alterar a situação do leito no sistema após habilitação, haverá uma diminuição do número de leitos SUS não visíveis no sistema (que constariam apenas como existentes). Porém ainda não será possível distinguir os leitos SUS não habilitados dos habilitados, logo esta alternativa (3) tem uma resposta para o critério 2, mas não tão resolutiva quanto a alternativa 2.

Assim, vemos que para o critério 1, a alternativa 3 é mais resolutiva, e para o critério 2 a alternativa 2 é mais resolutiva, porém como apresentado anteriormente, durante as discussões foi determinado que o critério 1 possui uma importância consideravelmente superior ao critério 2, desta forma, chega-se à conclusão de que a alternativa 3 é a mais adequada e a que será escolhida para a resolução do problema regulatório.

8. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

Em relação à identificação dos efeitos e riscos, em reuniões entre a equipe técnica e gerencial da Coordenação de Atenção Hospitalar e a Diretoria do DAHU/SAES/MS, os riscos foram definidos e sistematizados, utilizando-se a técnica de Brainstorming, conforme Quadro 10.

Quadro 10. Identificação dos riscos

OBJETIVO RELACIONADO	RISCO	CAUSAS DO RISCO	EFEITOS / CONSEQUÊNCIAS
1. Promover a participação ativa do gestor estadual e distrital no processo de organização/habilitação de leitos para pacientes críticos e graves	Dificuldade de pactuação na CIB	Aspectos políticos locais	Dificuldade no Planejamento Regional Integrado (PRI)
	Não conformidade na manutenção dos critérios mínimos para habilitação	Dificuldade no monitoramento local e contínuo dos critérios mínimos de habilitação	Comprometer a qualidade da assistência
	Dificuldade pelo ente estadual na operacionalização do processo de habilitação descentralizada	Mudança constante da alta gestão local Impacto financeiro Dificuldades processuais (recursos humanos, de TI etc.)	Morosidade no processo de habilitação
	Falta de recurso para homologação no MS	Aumento expressivo do número de habilitações	Morosidade no processo de homologação
	Pedidos de incremento no Teto no MAC (hoje não existentes)	Melhoria do registro da produção realizada (que hoje não é registrada)	Impacto financeiro (secundário) para o MS
2. Melhorar o registro dos dados referentes aos leitos de UTI e UCI no SCNES	Descontinuidade (não alimentação recorrente)	Falta de conhecimento por parte dos gestores Baixa adesão aos processos de realizar registros Insuficiência da norma proposta para alcançar o objetivo	Dados incorretos

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

* o método foi adaptado para a AIR, substituindo a relação dos riscos com as “grandes atividades do processo” pelos “objetivos relacionados”, que são os objetivos específicos.

Resposta dos Riscos:

Para cada um dos riscos apresentados, foi dado um “Nível de Risco”, considerando principalmente a probabilidade daquele risco acontecer e o seu Impacto caso ocorra e foram elencados a partir deste nível as estratégias de resposta de cada risco, conforme os quadros 11 e 12.

Quadro 11. Resposta dos riscos do Objetivo Específico 1.

	OBJETIVO RELACIONADO				
Critérios	Objetivo específico 1: Promover a participação ativa do gestor estadual e distrital no processo de organização/ habilitação de leitos para pacientes críticos e graves				
RISCO	Dificuldade de pactuação na CIB	Não conformidade na manutenção dos critérios mínimos para a habilitação	Dificuldade pelo ente estadual na operacionalização do processo de habilitação descentralizada	Falta de recurso para homologação no MS	Pedidos de incremento no Teto no MAC (hoje não existentes)

Classificação de Risco	Alto	Médio	Médio	Baixo	Baixo
Resposta ao Risco	Mitigar	Compartilhar	Compartilhar	Aceitar	Aceitar
O Que (Controle proposto)	Implementação de ações de apoio institucional	Monitoramento	Articulação com CONASS	Monitorar	Monitorar junto ao DRAC, se necessário
Onde (área responsável)	CGAH/DAHU/SAES	CGAH/DAHU	DAHU	CGAH	CGAH
Quem (responsável)	Coordenação	Coordenação	CGAH e Diretoria	Coordenação	Coordenação
Como (como será implantada)	Pautar questão em CIT e reuniões técnicas com as equipes de apoio institucional	Monitoramento regular e diligências (com prazos para adequações)	Reuniões de alinhamento	Monitoramento dos processos de homologação	Monitoramento dos processos junto ao DRAC
Como (intervenientes)	Equipe técnica CGAH/DAHU, SEINP/SEMS, CONASS, SES, CONASEMS	Equipe técnica CGAH/DAHU	Equipe técnica da CGAH e equipe do CONASS	Equipe técnica da CGAH	Equipe técnica da CGAH
Quando (data de início)	A partir de 4 meses (após publicação da Portaria)	A partir de um ano da publicação da portaria	Imediato a publicação da portaria	Imediato a publicação da portaria	Imediato a publicação da portaria
Quando (data de conclusão)	Contínuo	Contínuo	Sob demanda	Contínuo	Contínuo

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

Quadro 12. Resposta dos riscos do Objetivo Específico 2

	OBJETIVO RELACIONADO
Crítérios	Objetivo específico 2: Melhorar o registro dos dados referentes aos leitos de UTI e UCI no SCNES
RISCO	Descontinuidade (não alimentação recorrente)
Classificação do risco	Médio
Resposta ao risco*	Compartilhar
O Que (Controle proposto)	Articulação com CONASS e monitoramento.
Onde (área responsável)	CGAH/DAHU
Quem (responsável)	Coordenação
Como (como será implantada)	Produção de notas informativas, pautar o tema no GT AES - CIT
Como (intervenientes)	Equipe técnica e coordenação da CGAH, equipe do CONASS
Quando (data de início)	Imediata à publicação da portaria
Quando (data de conclusão)	Contínuo

Fonte: CGAH/DAHU/SAES/MS.

9. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

Com o objetivo transformar o atual processo de habilitação de leitos de UTI em um processo descentralizado, o modelo de implementação da alternativa descrita neste relatório de AIR, foram traçadas as considerações acerca da implementação da alternativa sugerida.

A efetivação da alternativa se dará por meio de publicação de 2 portarias:

- Uma portaria GM/MS, que estabelecerá as regras gerais do novo modelo com processo de habilitação descentralizado sob responsabilidade do gestor estadual ou distrital, e o estabelecimento do processo de homologação pelo Ministério da Saúde e ao qual estará associado o repasse de recurso de custeio para os gestores;
- Uma portaria GAB/SAES constando os critérios mínimos que devem ser cumpridos para a habilitação dos leitos.

A partir da publicação desta normativa, todos os gestores estaduais e distrital, terão um prazo de 120 dias para atender o processo de credenciamento e habilitação da Unidade e poderão solicitar o apoio técnico da CGAH/DAHU/SAES/MS, a qualquer momento.

O MS realizará internamente as adaptações necessárias no sistema SAIPS para adequação e execução do processo de homologação, além de alinhar internamente o fluxo administrativo deste processo

O processo de habilitação realizado pelo gestor estadual em articulação com os gestores municipais, de forma mais próximo ao território, facilitará adequar o planejamento dos leitos habilitados de forma regionalizada e cobrindo os “vazios assistenciais” melhorando o acesso da população a este tipo de serviço.

Poderão ser realizadas, planejadas e organizadas, orientações, notas informativas, e apoio, junto ao CONASS, para as equipes que localmente farão o procedimento de habilitação.

A normativa será reformulada e o formato da habilitação dos leitos de UTI e UCI passa a ser realizado pelos Gestores Estaduais e Distrital, de acordo com os critérios mínimos exigidos e com o respectivo repasse do recurso de custeio por parte do Gestor Federal, divididos em 05 (cinco) etapas:

1. Publicação de Portaria de habilitação pelo ente Estadual ou Distrital;
2. Solicitação de homologação dos leitos pelos gestores estaduais ou distrital ao Ministério da Saúde, via SAIPS;
3. Ente Federal realiza processo de homologação;
4. Publicação de Portaria de homologação e custeio dos leitos.
5. Repasse do recurso para o Estado ou Distrito Federal (mediante disponibilidade orçamentária).

Com a descentralização da habilitação de leitos de UTI/UCI, a tendência será aumentar os projetos de implantação da rede local, e com isso este “gargalo” do Sistema de Saúde perceberá um avanço no que diz respeito a superar a problemática dos vazios assistenciais para esse tipo de serviço, melhorando o acesso por meio do planejamento e distribuição mais adequados dos leitos na RAS.

Os usuários do SUS poderão usufruir de Serviços de Saúde de maior complexidade em locais de forma descentralizada e regionalizada, o que harmoniza o funcionamento da rede, com aumento da resolutividade em nível local.

Os impactos positivos têm correlação com a melhoria da assistência ao paciente crítico, com a indução de maior controle da gestão local do SUS, com a melhoria do planejamento territorial para as necessidades regionais.

Assim, o processo de habilitação do leito de UTI descentralizado para o ente Estadual e Distrital, lhes municiará para melhor monitoramento e avaliação dos serviços, permitindo que suas políticas públicas possam trazer novas perspectivas e funcionalidades, propiciando o a ampliação do acesso.

Por oportuno, trará coerência e compatibilidade com o que norteia o SUS, a descentralização, e desse modo, com os eixos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e direciona para a relevante avaliação da composição da RAS com o foco na regulação do acesso e nas necessidades locais e regionais.

10. CONCLUSÃO

Diante de todos os elementos apresentados nesta Análise de Impacto Regulatório (AIR), recomenda-se indubitavelmente a alternativa de ação normativa para adequação do problema regulatório, tendo em vista a potencial resolução dos problemas e consequências.

A descrição de todos os pontos de impactos relacionados às diferentes alternativas, transparece o compromisso com a responsabilidade financeira e jurídica necessárias para a resolução, de forma planejada, dos problemas do SUS.

Cumprir destacar que, além do alinhamento do processo de que trata esta AIR aos princípios do SUS que a resolução do problema regulatório irá trazer, tendo em vista a escolha da “alternativa normativa” como solução, a melhoria do acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários do SUS é o grande norteador de todo este processo e será um dos resultados finais do processo de descentralização do processo de habilitação dos leitos destinados aos pacientes críticos e graves.

11. REFERÊNCIAS

- Constituição Federal de 1988;
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: Portaria GM/MS nº 929, de 10 de maio de 2012 – que institui o Incentivo Financeiro 100% SUS);
- Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (origem: PT/GM Nº 3390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP);
- Portaria de Consolidação nº 03, de 28/09/2017 Título X Do cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave
- 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;
- Brasil (2018) diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais [et al.]. Brasília: Presidência da República;
- Brasil (2020a) Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020. Presidência da República. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art.5º da Lei nº 13.874 de 20 de setembro de 2019, e o art.6º da lei nº 13.848 de 25 de junho de 2017.
- OCDE (2022) Recommendation of the Council on Improving the Quality of Government Regulation.OECD/LEGAL/ 0278



Documento assinado eletronicamente por **Iris Renata Vinha, Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar**, em 14/09/2023, às 15:05, 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 **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/09/2023, 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](#).



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 **0036008526** e o código CRC **1C04B56A**.

Referência: Processo nº 25000.134763/2023-89

SEI nº 0036008526

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGAH
Setor SRTVN Quadra 701 Lote D, S/N - 3º andar - Edifício PO 700 - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br

Criado por [igor.lima](#), versão 12 por [igor.lima](#) em 14/09/2023 14:34:39.