

2 A organização do sistema de saúde no Brasil e suas necessidades

Os princípios e a estrutura atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) foram concebidos em 1988, após a aprovação da nova Constituição brasileira, a qual estabeleceu a saúde como um direito universal de toda a população e uma responsabilidade do Estado. Muitas medidas de desempenho do sistema de saúde no Brasil melhoraram desde o início do SUS, mas os ganhos não foram iguais entre os grupos populacionais. Embora praticamente toda a população esteja formalmente coberta pelo setor público de saúde, com benefícios e proteção financeira igualitários, as fontes privadas de gastos predominam por meio do plano de saúde privado voluntário ou de pagamentos diretos por famílias que afetam desproporcionalmente as populações carentes e desfavorecidas do Brasil. Baixas despesas com saúde pública, juntamente com as transições demográficas e epidemiológicas, também apresentam-se como um desafio à sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro.

2.1. Introdução

Os princípios e a estrutura atuais do Sistema Único de Saúde foram concebidos em 1988, após a aprovação da nova Constituição brasileira, que estabeleceu a saúde como um direito universal de toda a população e uma responsabilidade do Estado, o que abriu caminho para a sua implementação em 1990. Três princípios fundamentam o SUS (Massuda et al., 2020^[1]):

- O direito universal à atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário).
- A descentralização, com responsabilidades atribuídas aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal
- A participação social na formulação e acompanhamento da implementação das políticas de saúde por meio dos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais.

Desde o início do SUS, o Brasil teve avanços significativos ao melhorar os indicadores de saúde da maioria da população, aumentar o acesso aos serviços de saúde e reduzir as desigualdades na saúde. A priorização da atenção primária pelo SUS permitiu um contato mais fácil com os serviços de saúde no nível comunitário e a participação do cidadão nas questões de saúde foi institucionalizada nos níveis municipal, estadual e federal.

O Brasil tem progredido continuamente em direção à cobertura universal de saúde (CUS), uma vez que toda a população tem cobertura de saúde pelo SUS. As despesas totais com saúde aumentaram para USD 1.514 per capita em paridade de poder de compra (PPC) em 2019 (em comparação com uma média de USD 4.087 PPC per capita entre os países da OCDE), com uma predominância de fontes privadas de gastos, já que mais de 50% correspondem a esquemas de pagamentos voluntários e desembolsos diretos das famílias. Os provedores públicos de saúde dominam o sistema, mas existe uma presença significativa de prestadores privados, principalmente em meio a pessoas que podem adquirir planos de saúde. Embora a parcela dos pagamentos diretos das famílias tenha diminuído nas últimas duas décadas, atingindo 25% do gasto total com saúde em 2019 – abaixo de muitos países na região da ALC, mas acima dos 20% na OCDE, o Brasil aumentou sua parcela de gastos com planos de saúde voluntários, atingindo 30% em 2019, o maior na ALC e muito mais que 5% na OCDE.¹ As transições demográficas e epidemiológicas, associadas aos baixos gastos com saúde pública e às várias fontes de desperdício de despesas com saúde, estão desafiando a sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro.

Este capítulo descreve o sistema de saúde brasileiro por meio da análise do contexto demográfico, socioeconômico e epidemiológico em que o sistema opera, bem como descreve os principais atores do setor de saúde brasileiro. Além disso, ele analisa a situação atual do Brasil em termos de alcance da CUS, incluindo uma análise particular dos insumos dos serviços de saúde no país, a fim de fornecer informações para planejamento e gestão.

2.2. A saúde e suas necessidades no Brasil

2.2.1. A transição demográfica está gerando novos desafios para o sistema de saúde do Brasil

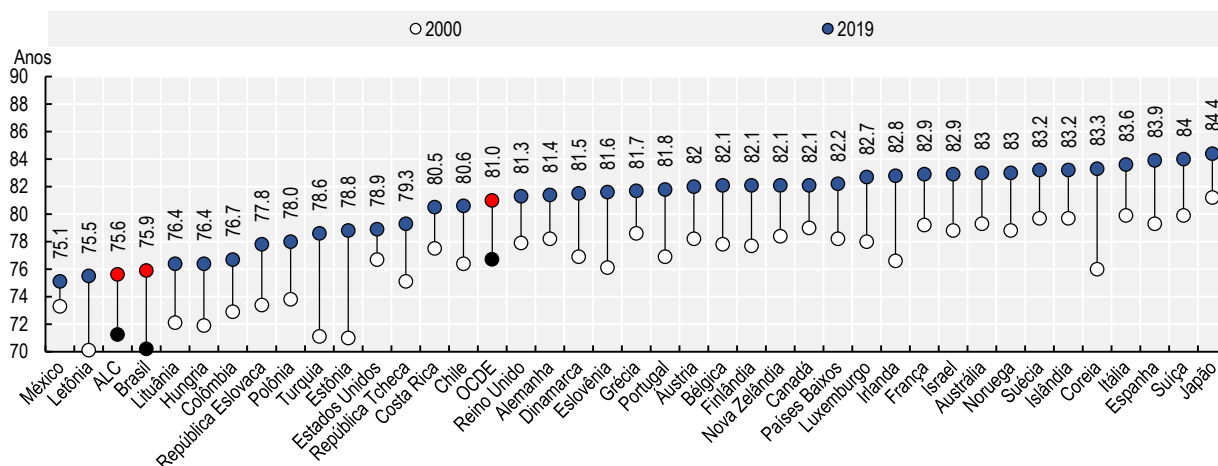
O Brasil está localizado na América do Sul, fazendo fronteira com dez países, quase todos os demais Estados da sub-região, com exceção do Chile e do Equador. Esse país de língua portuguesa tem um total de 8.358.140 km² e o seu território está administrativamente dividido em 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios. Os estados e o Distrito Federal também estão agrupados em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as quais são utilizadas principalmente para fins estatísticos e para definir a distribuição dos recursos federais. Em 2020, a população do Brasil era estimada em mais de 212 milhões de habitantes, com um crescimento populacional anual de 0,8% (OECD, 2020^[2]). Em

2015, 45,2% da população se considerava branca, 45,1% parda (descendentes de brancos e negros) e 8,9% negra (IBGE, 2016^[3]). Em 2015, 0,3% da população brasileira era considerada imigrante, sendo 46% delas mulheres (IOM, 2020^[4]). A densidade populacional atingiu 25,1 habitantes por km² em 2018, em comparação com 17,8 habitantes por km² em 1990, tendência essa relacionada ao aumento da população urbana, que passou de 73,8% em 1990 para 86,8% em 2019. No entanto, a taxa de crescimento anual da população urbana diminuiu de 2,9% em 1990 para 1,05% em 2019 (World Bank, 2020^[5]).

A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019, ainda cinco anos abaixo da média da OCDE de 81 anos, mas acima da média da ALC de 75,6 anos (vide Figura 2.1). As taxas de mortalidade infantil diminuíram de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. Apesar disso, o Brasil ainda apresenta taxa acima da média da OCDE de 4,2 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. O mesmo ocorre com as taxas de mortalidade materna no Brasil, que diminuiu para 60 mulheres por 100.000 nascidos vivos em 2017 (uma queda de 13 pontos percentuais desde 2000), mas ainda maior do que a média da OCDE de 8 mulheres por 100.000 nascidos vivos, mas inferior à média da ALC de 83 (OECD/The World Bank, 2020^[6]).

Figura 2.1. A expectativa de vida ao nascer aumentou no Brasil, mas permanece cinco anos abaixo da média da OCDE

Expectativa de vida ao nascer, entre os países da OCDE e da ALC, 2000 e 2019 (ou anos mais próximos)

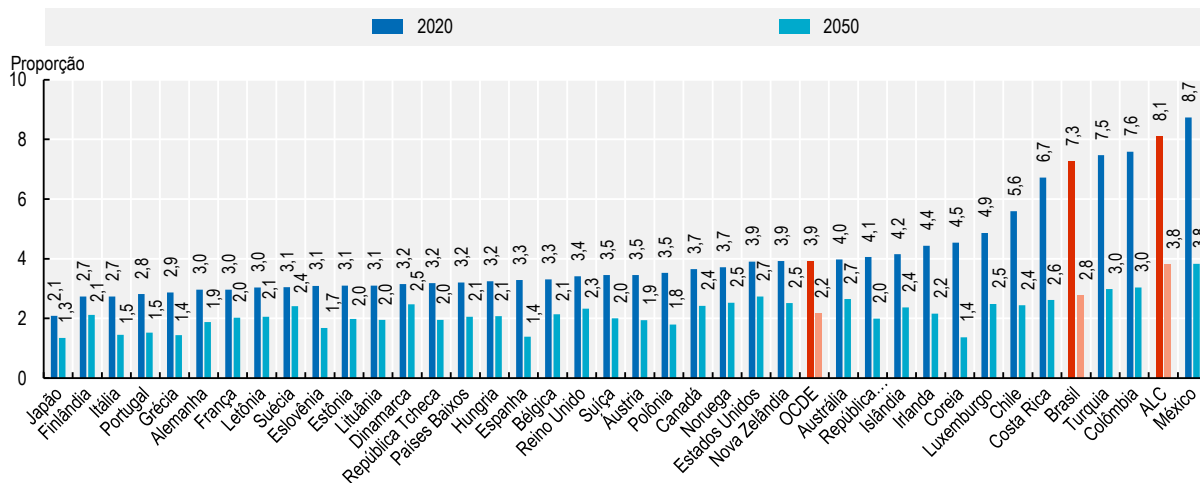


Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>, Indicadores de Desenvolvimento On-line do Banco Mundial de 2021.

Essas melhorias na saúde da população em geral foram acompanhadas por uma queda nas taxas de fertilidade, passando de 2,9 nascimentos por mulher em 1990 para 1,7 nascimentos por mulher (World Bank, 2020^[5]), assim como em muitos países da OCDE. A queda nessas taxas, junto com o aumento da expectativa de vida, significa que o Brasil está passando por uma transição demográfica semelhante à das economias da OCDE; uma base cada vez menor de jovens e um número crescente de adultos mais velhos na pirâmide populacional. Em 2020, a proporção de pessoas com 15-64 anos para pessoas com mais de 65 anos era de 7,3 no Brasil, quase o dobro da média da OCDE, mas abaixo da média da ALC, o que significa que existe uma proporção maior da população em idade ativa no Brasil do que na OCDE. Ainda assim, ela deve diminuir bastante para 2,8 em 2050, quase igualando a proporção de 2,2 projetada para a OCDE (Figura 2.2). Essa rápida transição demográfica está tendo um impacto importante na saúde da população brasileira, pressionando o sistema de saúde e a economia.

Figura 2.2. Estima-se que o Brasil passará por um rápido processo de envelhecimento da população com uma diminuição na proporção dos habitantes em idade ativa até 2050

Proporção de pessoas entre 15 e 64 anos e pessoas com mais de 65 anos, 2020 e 2050



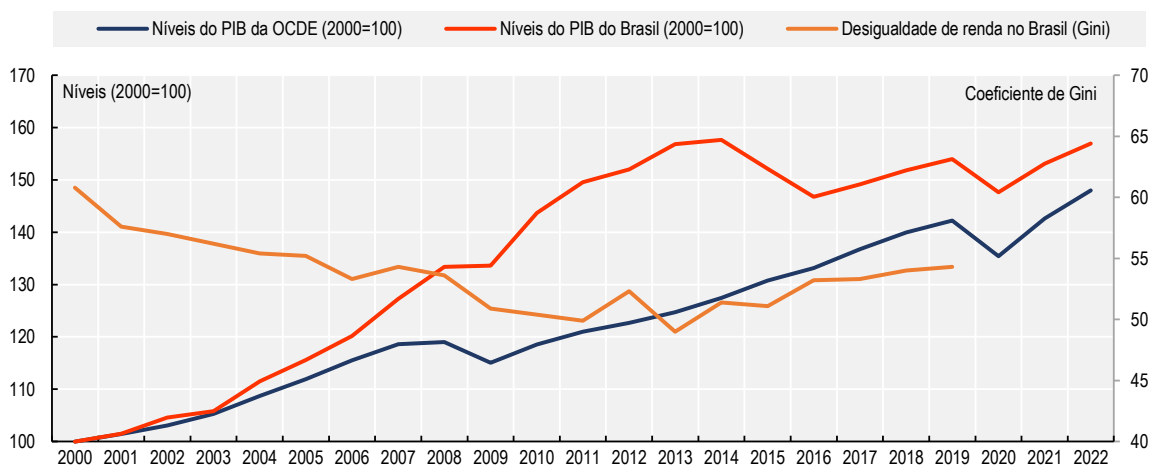
Fonte: Perspectivas da População Mundial da ONU.

2.2.2. Uma forte recessão e desafios de governança limitaram o progresso do Brasil rumo ao desenvolvimento e à melhoria na saúde

Nas últimas duas décadas, o Brasil teve um forte crescimento econômico combinado com um notável progresso social, tornando-se uma das principais economias do mundo. No entanto, a desigualdade socioeconômica continua sendo um grande problema e a recuperação econômica após a recessão em 2015 e 2016 tem sido lenta. A situação de suas contas fiscais é desafiadora com uma dívida pública cada vez maior, enquanto o mercado de trabalho é caracterizado por taxas de informalidade elevadas e persistentes (OECD, 2018^[8]). A Figura 2.3 mostra como o crescimento do PIB no Brasil foi forte na década de 2000, mas ficou aquém das economias da OCDE na década de 2010, enquanto as projeções para 2021 e 2022 também colocam o Brasil abaixo das médias estimadas da OCDE (OECD, 2021^[9]). De 2000 a 2013, o índice de Gini para a desigualdade de renda caiu continuamente de 60,8 para 49. No entanto, após a crise econômica, ele aumentou para 51,4 em 2014 e para 54,3 em 2019.

De modo geral, o Brasil avançou na última década em termos de melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos. Entretanto, de acordo com o Índice para uma Vida Melhor da OCDE de 2020 (OECD, 2020^[10]), o país tem um bom desempenho em apenas algumas medidas de bem-estar em relação à maioria dos países da OCDE. O Brasil está acima da média em engajamento cívico (envolvimento na democracia) e na comunidade (qualidade das redes de apoio social), mas muito baixo em segurança (assassinato e sensação de segurança), renda (renda familiar e riqueza financeira) e educação (educação das pessoas e resultados). Ele também está abaixo da média em termos de empregos e proventos, habitação, qualidade ambiental, satisfação de a vida, equilíbrio entre vida profissional e pessoal, além do estado de saúde. Essas classificações são baseadas em certos dados selecionados e disponíveis (Figura 2.4). Todas essas áreas da vida estão intimamente relacionadas ao estado de saúde da população, pois refletem os determinantes sociais e econômicos da saúde.

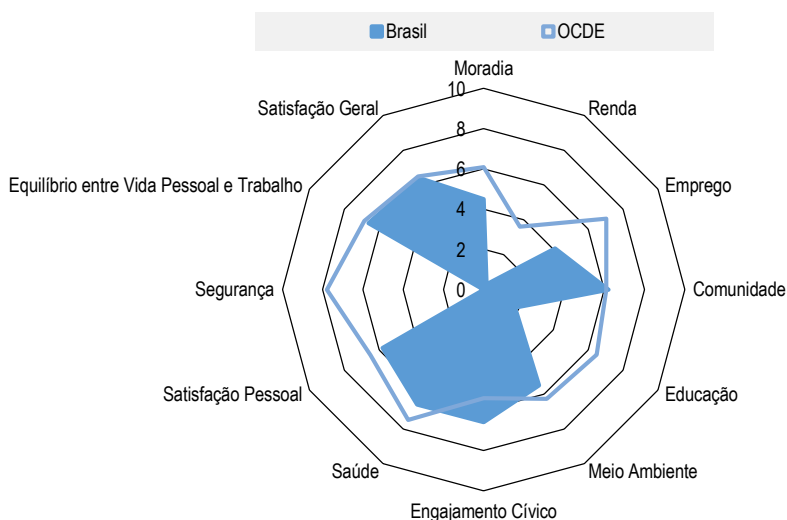
Figura 2.3. Níveis do PIB e desigualdade de renda no Brasil nos últimos 20 anos



Nota: estimativas para 2021 a 2022.

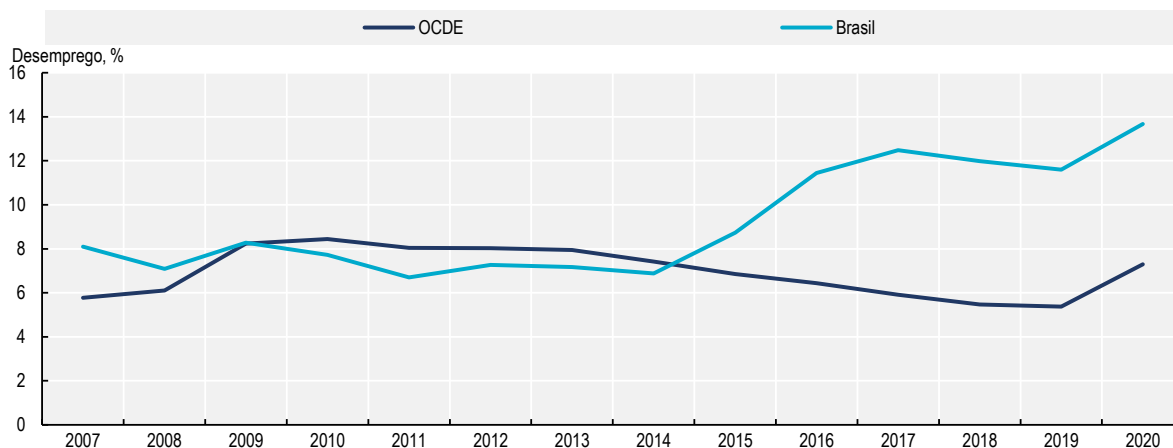
Fonte: Perspectivas Econômicas da OCDE (2021^[9]), <https://doi.org/10.1787/edfbca02-en>, e Banco de Dados de Desigualdade de Renda Mundial (UNU-WIDER, 2020^[11]), <https://www.wider.unu.edu/project/wiid-%E2%80%93-world-income-inequality-database>.

Figura 2.4. Os indicadores de bem-estar do Brasil destacam os desafios em comparação com as médias da OCDE



Fonte: Índice para uma Vida Melhor da OCDE (2020^[10]), <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/>.

O desemprego tem sido outro problema que afeta a economia brasileira e, portanto, a saúde da população. Antes da crise econômica de 2014, ele estava abaixo de 8% e até abaixo de 7% em 2014, semelhante às médias da OCDE naqueles anos. No entanto, a taxa de desemprego subiu para 11,5% em 2016 e manteve-se nesse nível até 2019, enquanto na OCDE o desemprego continuou a diminuir, atingindo 5,4% em média em 2019 (Figura 2.5) (OECD/ILO, 2019^[12]). Em 2020, a taxa de desemprego atingiu 13,6%. Além disso, a informalidade do trabalho é um problema significativo no Brasil, atingindo 41,5% em 2018 (como uma parcela total do emprego excluindo o setor agrícola), menor do que a Colômbia (57,3% em 2019) e o México (57,3% em 2016), mas maior que Chile (27,8% em 2019) e Costa Rica (36,9% em 2019) (World Bank, 2021^[13]; OECD, 2020^[14]).

Figura 2.5. Desemprego no Brasil e em países da OCDE, 2007-20

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/>.

Além disso, recentes turbulências políticas e acusações de corrupção nos níveis mais altos do governo e de setores empresariais expuseram desafios significativos na governança econômica e política. Práticas corruptas, propinas e conluio entre licitantes por recursos públicos geram um desperdício de recursos públicos e exacerbam as desigualdades de renda, permitindo que funcionários públicos e empresários relativamente prósperos desviem recursos do contribuinte. A redução da corrupção por meio de reformas estruturais (melhorando as leis de compras e procedimentos de denúncias, por exemplo) teria um impacto estimado de 3% sobre o PIB real no Brasil (OECD, 2018^[8]), o que também poderia aumentar a disponibilidade de recursos públicos para o setor de saúde, dentro do orçamento público total. Além disso, a corrupção também tem uma correlação com algumas práticas no próprio setor da saúde, conforme discutido no Capítulo 3.

2.2.3. O impacto da COVID-19 na saúde e na economia do Brasil tem sido imenso, revelando fragilidades de governança

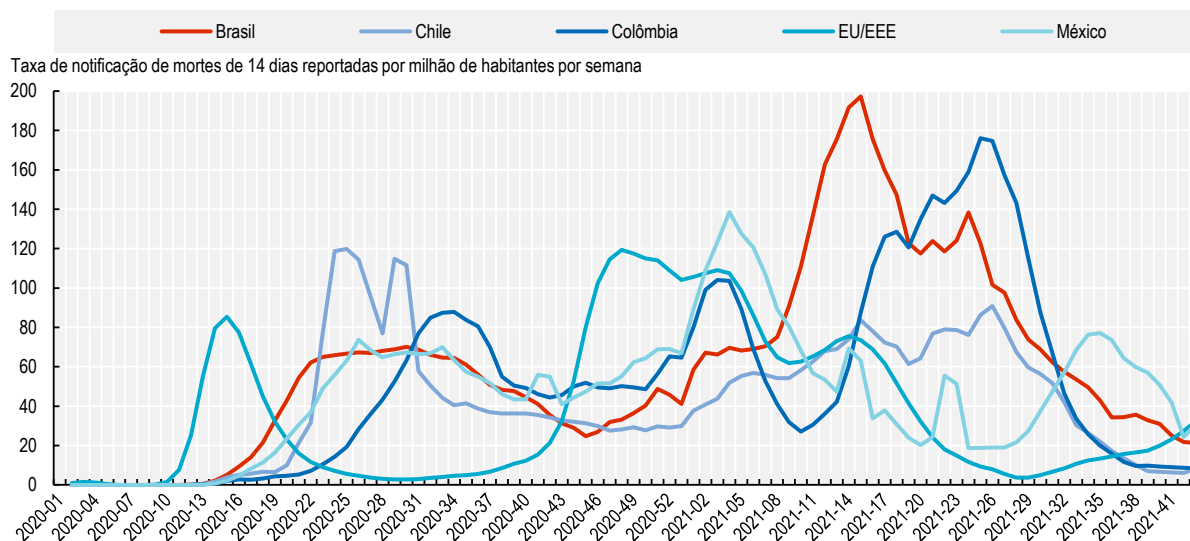
O primeiro caso de Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil foi notificado em 25 de fevereiro de 2020. Desde então, o impacto na saúde da população e na economia tem sido imenso. O número total de mortes registradas é superior a 611.000 em 17 de novembro de 2021, com 41.000 mortes registradas mensais médias em 2021. Isso situa a doença como a primeira causa de morte durante a pandemia, quando comparado com os valores mensais médios de mortes atribuídas a outras doenças entre 2015 e 2016, sendo que os mais altos são 30.000 por doenças circulatórias, 18.500 por câncer e 13.000 para doenças do aparelho respiratório.² No entanto, há evidências de subnotificação de cerca de 22% das mortes devido às limitações na capacidade de testagem por meio do RT-PCR para SARS-CoV-2 (Carvalho, Boschiero and Marson, 2021^[15]).

A economia do Brasil também foi duramente atingida. Ao longo de 2020, o PIB no país caiu 4,1%, uma contração maior do que os 3,5% e 3,1% observados em escala global e nos países do G20, respectivamente. As projeções da OCDE divulgadas também mostram sinais de uma recuperação mais fraca no Brasil, com uma projeção de crescimento do PIB de 3,7% em 2021 e 2,5% em 2022, inferior aos 6,3% e 4,7% previstos para os países do G20 (OECD, 2021^[16]).

A curva de mortalidade epidêmica no Brasil teve um aumento no início de abril de 2020, atingindo o primeiro pico em julho, ou seja, após o que fora observado na Europa nos primeiros meses da pandemia. Em seguida, os casos começaram a diminuir, mas permaneceram em níveis relativamente altos, semelhantes aos de outros países latino-americanos, como Chile, Colômbia e México. Em meados de

novembro, os casos no Brasil voltaram a aumentar. No início de abril de 2021, a taxa de mortalidade no país atingiu seus níveis mais altos desde o início da pandemia e, em seguida, começou a diminuir (Figura 2.6).

Figura 2.6. Evolução da taxa de mortalidade da COVID 19 no Brasil e em países selecionados da OCDE entre março de 2020 e 31 de outubro de 2021



Fonte: CEPCD (2021^[17]), COVID-19 atualizações de situação, <https://www.ecdc.europa.eu/en>.

Um dos problemas mais importantes no tratamento da pandemia de COVID-19 no Brasil foram as deficiências na governança do setor de saúde. No nível federal, no primeiro ano da pandemia, quatro ministros da saúde diferentes ocuparam o cargo, o que limita a continuidade no manejo da resposta. A comunicação de risco das autoridades federais também tem sido conflitante e confusa para a população. O Brasil não é o único, visto que outros países da OCDE buscaram abordagens semelhantes.

A coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal também tem sido complexa. Em muitos países da OCDE, os governos nacionais adotaram políticas de confinamento e uso de máscaras. No Brasil, coube aos estados e municípios se responsabilizarem pela tomada de decisão sobre a aplicação dessas medidas. A escassez de suprimentos médicos e tecnologias também foi relatada. Alguns estados intervieram para cobrir suas lacunas. Por exemplo, o estado do Maranhão adquiriu mais de uma centena de ventiladores mecânicos no mercado internacional em um momento de concorrência internacional acirrada por equipamentos (Alvarenga et al., 2020^[18]). Entre outras iniciativas, o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável da Região Nordeste criou o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4NE) composto por especialistas nacionais para assessorar o Consórcio e monitorar a pandemia, algo que não existia no âmbito federal (Pessoa, Teixeira and Clementino, 2020^[19]).

Mais recentemente, o Governo Federal desenvolveu um Plano Nacional de Operacionalização de Vacinas contra COVID-19. O plano fornece diretrizes nacionais quanto à situação epidemiológica e à definição da população-alvo para vacinação; às vacinas contra COVID-19 e sua farmacovigilância; aos sistemas de informação disponíveis; à operacionalização da vacinação; ao monitoramento, à supervisão e à avaliação; ao orçamento para operacionalização da vacinação; aos estudos pós-marketing; à campanha de comunicação; e ao encerramento da campanha de vacinação (Ministério da Saúde, 2021^[20]). Esse plano é muito importante para alinhar esforços em torno da vacinação, principalmente porque a hesitação vacinal também é generalizada no Brasil, associada ao ceticismo em relação à indústria e aos tomadores

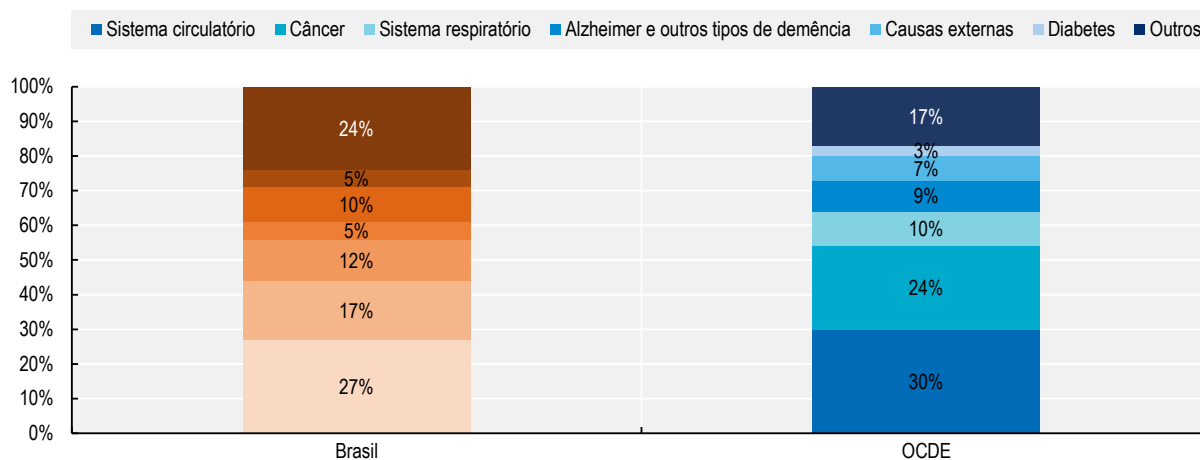
de decisão, à falta de confiança em pesquisas e às informações imprecisas que circulam nas redes sociais (Caracilo Carvalho Bivar et al., 2021^[21]). O país também participa da COVAX Facility das Nações Unidas, que é um importante mecanismo para aumentar a oferta de vacinas do país e para uma distribuição mais equitativa de imunizantes em todo o mundo.

2.2.4. De modo geral, as doenças crônicas não transmissíveis representam a maior carga de doenças no Brasil e espera-se que isso continue

O Brasil, assim como muitos países da América Latina, passou por uma rápida transição epidemiológica em direção ao predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Em 1990, as cinco principais causas de morte eram variadas, incluindo duas DCNTs (doenças cardiovasculares, 27,8% e neoplasias, 11,4%), doenças maternas e neonatais (7,9%), uma doença transmissível (infecções respiratórias e tuberculose, 7,8%) e uma lesão (automutilação e violência, 5,1%) (IHME, 2021^[22]). Em 2019, quatro DCNTs dominavam as causas de mortalidade no Brasil: doenças do aparelho circulatório (27%), neoplasias (17%), doenças respiratórias crônicas (12%), causas externas (10%) e diabetes (5%) (Figura 2.7).

Figura 2.7. Doenças crônicas não transmissíveis causam a maior parte das mortes no Brasil e na OCDE

Causas de mortalidade no Brasil e OCDE, 2019



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

As taxas de mortalidade da população no Brasil apresentaram queda. Entre 2000 e 2019, as taxas de mortalidade por todas as causas diminuíram 14,9% no Brasil, abaixo da redução média de 19,8% nos países da ALC e de 26% na OCDE. Por exemplo, a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil foi de 25,1% entre 2000 e 2019. No entanto, existem áreas críticas. As mortes atribuíveis à glicemia elevada em adultos de 20 a 69 anos, por exemplo, aumentaram 42% entre 2010 e 2019, muito mais do que o aumento de 7,6% na ALC e no sentido contrário à redução de 14% observada nos países da OCDE.

Tabela 2.1. Esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCI) no Brasil, 2019

Ordem e doença	Taxa de EVCI por 100.000 pessoas	% de alteração desde 1990
1. Doenças cardiovasculares	4.089,91	-13,2%
2. Neoplasias	3.154,45	31,01%
3. Transtornos mentais	2.269,21	20,32%
4. Distúrbios musculoesqueléticos	2.218,88	37,17%
5. Outras doenças crônicas não transmissíveis*	2.089,45	-40,1%

Nota: *defeitos congênitos de nascença, doenças urinárias e infertilidade masculina, doenças ginecológicas, hemoglobinopatias e distúrbios orais.

Fonte: IHME (2021^[22]), <https://vizhub.healthdata.org/qbd-compare/>.

Em termos da carga nacional de doenças no Brasil medida por esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCIs), a transição epidemiológica também foi substancial. Em 1990, dentre as cinco primeiras causas de EVCIs, três eram doenças transmissíveis e de saúde materno-infantil, sendo que os distúrbios maternos e neonatais estão na liderança, contabilizando 12,94% de todas as EVCIs. Em 2019, todas as cinco primeiras foram doenças crônicas não transmissíveis, enquanto os transtornos maternos e neonatais foram para o 8º lugar (5,15%) (IHME, 2021^[22]). A Tabela 2.1 mostra a postura atual e a mudança desde 1990 das cinco principais condições que explicam as EVCIs no Brasil em 2019.

2.3. Avanços do Brasil rumo à cobertura universal de saúde

Nos últimos 30 anos, o Brasil progrediu no bem-estar de seus cidadãos, incluindo importantes reformas de saúde e a introdução de um sistema universal que permitiu ao país a praticamente atingir a cobertura universal de saúde, embora com desafios significativos em torno das desigualdades, da qualidade e da sustentabilidade. Esta seção descreve a principal estrutura legal e as reformas contínuas do sistema de saúde brasileiro.

2.3.1. Uma nova constituição federal promulgada em 1988 deu origem ao Sistema Único de Saúde atual

As origens do sistema de saúde brasileiro remontam aos tempos do colonialismo português (século XVI ao início do século XIX) com os primeiros hospitais nas principais cidades, e na fase imperial (segunda metade do século XIX) com uma polícia sanitária organizada e as primeiras tarefas de saúde pública atribuídas aos municípios. A partir do final do século XIX, após as primeiras tentativas em se tornar uma república e constantes alternâncias entre períodos de instabilidade democrática e regimes autoritários, diversos desenvolvimentos institucionais de relevância ocorreram, como a fundação do Ministério da Saúde em 1953 e a criação posterior de instituições de seguridade social (Paim et al., 2011^[23]).

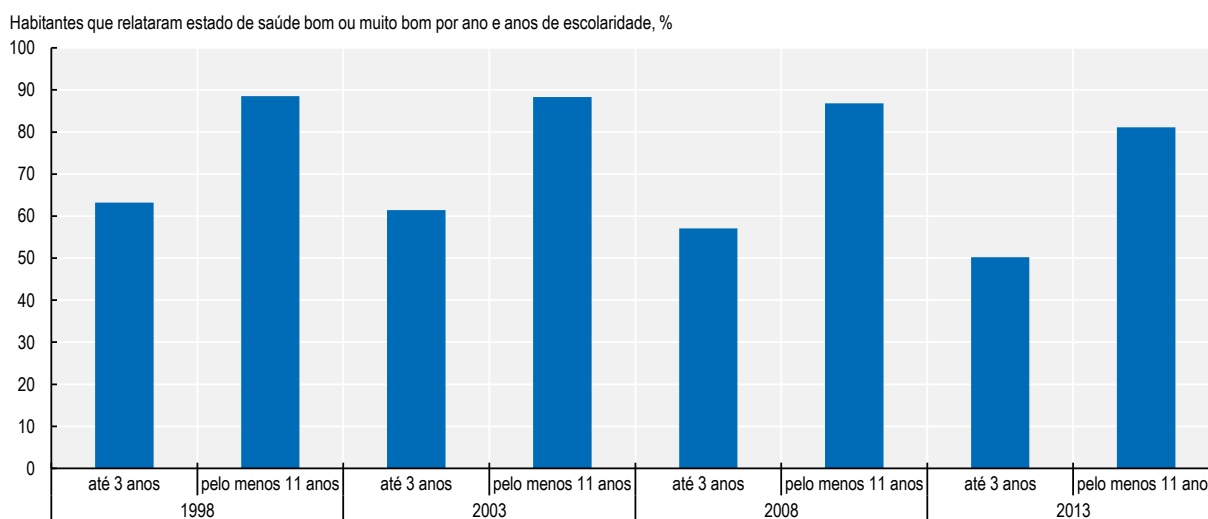
No entanto, o grande passo em direção à cobertura universal de saúde foi a Constituição Federal de 1988, que abriu caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi implementado a partir da promulgação das Leis 8.080 e 8.142, em 1990, que consagraram os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária no sistema de saúde. Elas também conferiram poder e responsabilidade para os governos locais ao transferir direitos e fundos de prestação de cuidados de saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais (Castro et al., 2019^[24]). Esse marco na história do Brasil fez com que a cobertura de saúde para toda a população fosse assegurada pelo SUS. No entanto, o alcance da cobertura de serviços e o nível de proteção financeira variaram ao longo do tempo e continuam sendo desafios importantes para o sistema de saúde do país.

2.3.2. O caminho para a cobertura universal de saúde tem sido bastante desigual entre os grupos socioeconômicos e as regiões geográficas

Assim como em outros países da OCDE, o avanço do Brasil na saúde da população apresenta desigualdades substanciais. De acordo com os resultados de um estudo que analisa pesquisas nacionais de 1998, 2003, 2008 e 2013 (Viacava et al., 2019^[25]), a taxa de pessoas com pelo menos 11 anos de escolaridade que relataram terem um estado de saúde bom ou muito bom sempre esteve acima de 80%, enquanto entre pessoas com até três anos de escolaridade o índice sempre manteve acima de 60% nas duas primeiras pesquisas, mas perto de 50% nos dois últimos estudos. A diferença entre esses dois grupos aumentou com o tempo: em 1998, a diferença era de 25 pontos percentuais, mas, em 2013, atingiu quase 31 pontos (vide Figura 2.8).

Figura 2.8. As desigualdades socioeconômicas na saúde são enormes no Brasil

Porcentagem da população que relatou estado de saúde bom ou muito bom anos de escolaridade, por ano

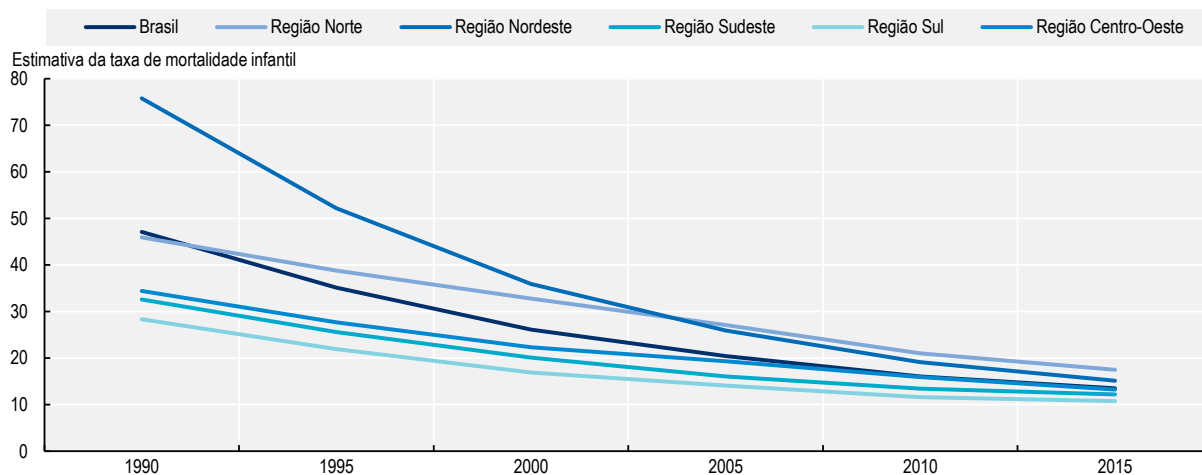


Nota: As pesquisas foram PNAD 1998, PNAD 2003, PNAD 2008 e PNS 2013.

Fonte: Dados de Viacava et al. (2019^[25]), "Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)", <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>.

Outra expressão das desigualdades na saúde pode ser observada em termos da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil. A TMI diminuiu de 47,1 para 13,4 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015, uma redução de 71%. No entanto, a magnitude dessa redução não foi a mesma em todas as regiões do país. A região Nordeste apresentou a queda mais expressiva de 80% no período, enquanto o menor grau de redução ocorreu nas regiões Centro-Oeste e Norte (62%). Esta última região apresentou a maior TMI em 2015 com 17,5, seguida pela região Nordeste com 15,1 (Figura 2.9).

Figura 2.9. Desigualdades geográficas na saúde na taxa de mortalidade infantil no Brasil, 1990 a 2015



Fonte: Dados de Szwarcwald et al. (2020^[26]), "Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015", <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00208-1>.

O Brasil tem impulsionado diferentes políticas para reduzir as desigualdades na saúde, principalmente entre grupos desfavorecidos da população. Por exemplo, adicionar informações sobre cor e raça aos Cartões Nacionais de Saúde do SUS; fornecer cobertura do SUS para cirurgias de redesignação de gênero; dar atenção especial à anemia falciforme, que afeta desproporcionalmente a população negra; isentar pessoas em situação de rua da necessidade de comprovação de residência para atendimento no SUS; e reconhecer o papel dos curandeiros e das parteiras nos cuidados de saúde. No Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena foi criada para coordenar e administrar as políticas e os programas relacionados à saúde dos povos indígenas. Como esperado, a expansão da atenção primária levou a grandes melhorias no acesso e também nos resultados de saúde (Massuda et al., 2020^[1]).

2.3.3. A utilização de serviços de saúde é maior entre a população mais rica que pode pagar um plano de saúde suplementar

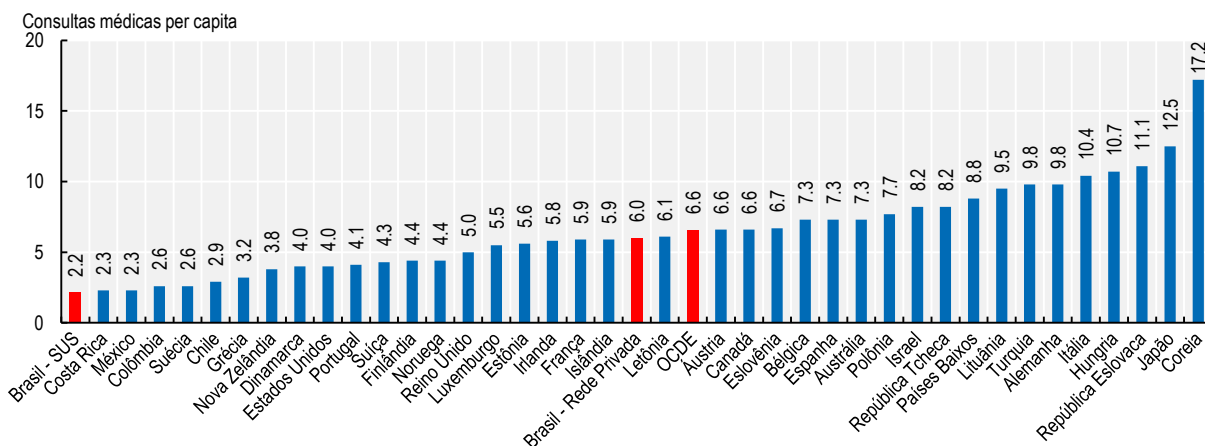
Conforme mencionado anteriormente, 25% da população brasileira possui plano de saúde privado, o que está atrelado a uma melhor situação socioeconômica para a aquisição desse tipo de produto. Em geral, as pessoas com plano de saúde têm maior acesso aos serviços de cuidado e apresentam um melhor estado de saúde. Resumimos a seguir uma seleção de resultados de pesquisas para destacar essas diferenças.

No tocante ao status de saúde, um estudo que utilizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 encontrou maior prevalência de tabagismo, inatividade física em tempos de lazer, estilo de vida sedentário, consumo de leite integral e baixa ingestão de verduras, legumes e frutas entre aqueles sem plano de saúde privado. Os autores criaram uma pontuação de comportamento prejudicial, que foi bem pior entre aqueles sem plano de saúde (PR = 1,78) (De Azevedo Barros et al., 2016^[27]). Outro estudo usando a mesma pesquisa descobriu que as populações sem plano de saúde no Brasil apresentam uma prevalência semelhante de várias DCNTs (somente maior prevalência de AVC, mas menor distúrbios musculoesqueléticos e câncer). No entanto, esse grupo relatou graus muito maiores de limitação devido a essas doenças, em particular de hipertensão, asma, problemas de coluna, depressão, câncer e insuficiência renal crônica (Malta et al., 2016^[28]).

Sobre a utilização de serviços de saúde, um estudo que também utilizou a PNS de 2013 descobriu que pessoas sem plano de saúde, quando comparadas aos beneficiários do plano, tinham uma probabilidade mais de duas vezes superior de subutilizar o sistema de saúde (AdjOR = 2,11, 95% CI = 1,83-2,44). Isso significa que muitas pessoas sem plano de saúde relataram nunca ter visitado um médico ou dentista, ou nunca verificaram a glicemia ou a pressão arterial (Boccolini and De Souza Junior, 2016^[29]). Isso também é confirmado por um estudo com foco nos desfechos do câncer de mama no Brasil, o qual constatou que pacientes sem plano de saúde privado apresentavam doença mais avançada no diagnóstico ($P < 0,001$) e tinham pior sobrevida livre de doença e sobrevida geral para pacientes em estágio III – IV ($P = 0,002$ e $P = 0,008$, respectivamente). A pesquisa também encontrou a pior sobrevida pós-recaída entre o grupo sem plano de saúde privado ($P < 0,001$) (Liedke et al., 2014^[30]). Além disso, um estudo recente que utiliza dados da Pesquisa Nacional de Domicílios de 2008 aplicou uma metodologia econométrica para estimar o efeito do plano de saúde privado e do subsídio governamental por meio de uma dedução do imposto de renda. Os resultados do estudo indicam que a cobertura privada aumenta as chances de que mulheres realizem exames de Papanicolau e mamografia, além do número de consultas médicas nas últimas duas semanas e no último ano. Por outro lado, o plano de saúde não teve impacto sobre a utilização de cuidados não preventivos, como a utilização de internamento e ambulatório, cirurgia, serviço de urgência residencial e uso de medicamentos prescritos e não prescritos (Menezes-Filho and Politi, 2020^[31]).

Entre os países da OCDE, uma medida de acesso aos cuidados de saúde geralmente usada está relacionada às consultas médicas. A Figura 2.10 mostra que o Brasil tem o menor número de consultas médicas per capita entre os países da OCDE. Em 2019, o Brasil tinha 2,2 consultas médicas per capita no SUS, abaixo da média da OCDE de 6,6. Por outro lado, o Brasil teve seis consultas médicas per capita considerando a população com planos de saúde.

Figura 2.10. Consultas médicas no ano passado na população com e sem seguro saúde privado no Brasil e em países da OCDE, 2019 (ou último ano)

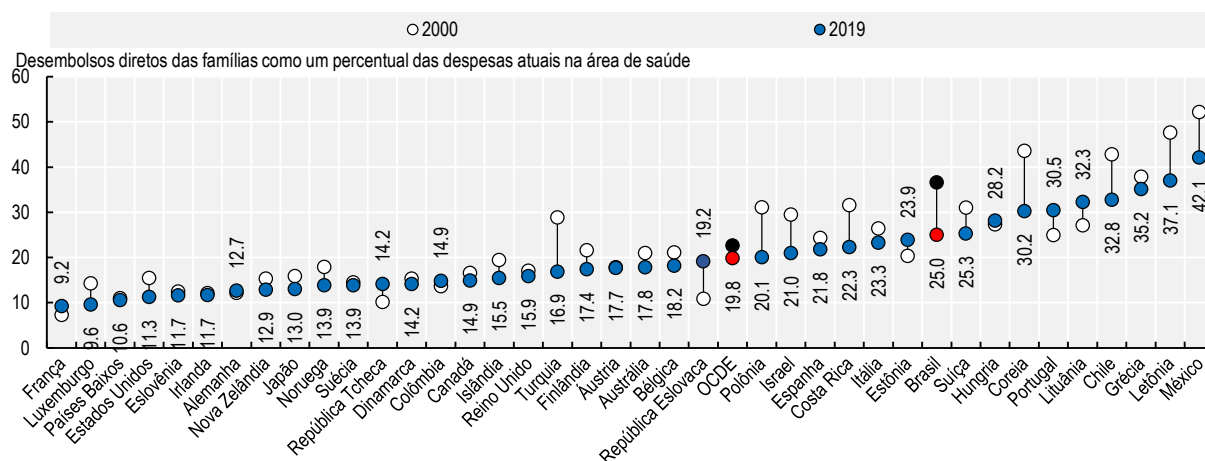


Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, ANS Brasil, Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

2.3.4. Os gastos diretos das famílias foram bem reduzidos nas últimas décadas, mas permanecem maiores do que a média da OCDE

Com a expansão da cobertura, os gastos diretos das famílias com saúde caíram nas últimas duas décadas (Figura 2.11). Atualmente, tais gastos diretos no Brasil chegam a 25% do gasto nacional total em saúde (equivalente a cerca de 1% do PIB), posicionando o país acima da média de 20% da OCDE, mas abaixo de muitos países da região da ALC. A redução prolongada dos gastos diretos das famílias com saúde é uma conquista significativa da expansão e da consolidação do SUS (vide Capítulo 3 para mais detalhes).

Figura 2.11. Evolução dos desembolsos diretos das famílias como um percentual das despesas atuais no setor de saúde no Brasil, 2000-19



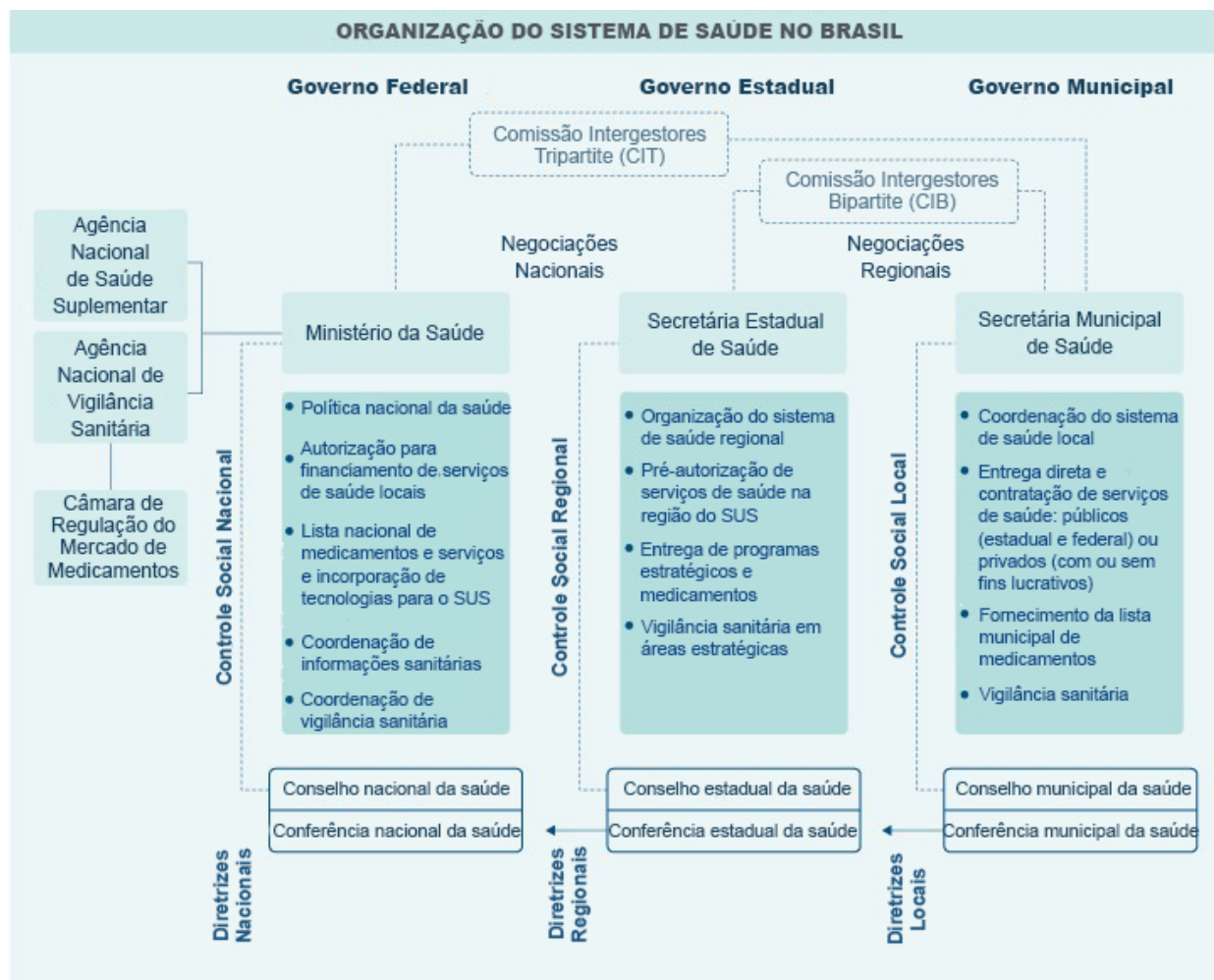
Nota: Em 2019, cerca de 3% de todas as despesas com saúde no Brasil não podem ser alocadas a nenhum esquema de financiamento, de modo que a parcela real dos gastos diretos pode eventualmente ser maior.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

2.4. Os principais atores do setor de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é predominantemente público em termos de governança, financiamento e provisão por meio do SUS. A Constituição Federal também permitiu a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde. A gestão central do sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto a execução das ações ocorre principalmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal provedor de saúde. Todos os cidadãos têm direito aos serviços prestados pelo SUS, que é a principal fonte de assistência à saúde das camadas de baixa renda e sem acesso a planos de saúde. A Figura 2.12 apresenta um esquema com a organização geral do sistema de saúde brasileiro e seus principais atores.

Figura 2.12. Organização geral do sistema de saúde brasileiro



Fonte: Adaptado de Massuda et al. (2020^[11]), "Brazil – International Health Care System Profiles", <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>.

Esta seção apresenta as principais partes interessadas no setor de saúde brasileiro, bem como suas responsabilidades. Ela também descreve desafios importantes para os atores dentro do sistema público, bem como a evolução do papel dos profissionais de saúde privada.

2.4.1. O governo federal e as agências nacionais são responsáveis por orientar o setor de saúde

Considerando as bases legais do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde tem o mandato de formular, definir, auditar, controlar e avaliar o conjunto de políticas e serviços de saúde vinculados ao SUS, juntamente com a coordenação de suas ações nacionais. A execução das atividades é realizada preferencialmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal prestador de serviços de saúde.

As áreas consideradas no mandato do Ministério da Saúde incluem políticas de alimentação e nutrição; sistemas de vigilância em saúde; a rede de laboratórios de saúde pública; a rede de atendimento à saúde, principalmente de alta complexidade; bem como o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal. Em relação a esta última área

de atuação, o Quadro 2.1 descreve o Plano Plurianual 2020-23 do Brasil e o Plano Nacional de Saúde 2020-23. Além disso, o acesso universal a procedimentos altamente complexos, tais como transplantes de órgãos, tecidos, células e corpo humano, vem sendo uma prioridade no Brasil. Com mais de 400.000 transplantes desde 2001 (dos quais 90% são financiados pelo SUS), a Política Nacional de Transplantes no Brasil é um dos maiores programas de transplantes do mundo.

Quadro 2.1. Planejamento da saúde no Brasil em nível nacional

Plano Plurianual, PPA 2020-23

O atual Plano Plurianual (PPA) foi aprovado pelo Congresso Nacional e instituído na Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. O PPA é um instrumento de planejamento governamental desenvolvido pela Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria (Secap), que define as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para um horizonte de quatro anos. Ele considera uma ampla gama de áreas essenciais para o país, por exemplo, em torno do turismo, da agricultura e da pecuária sustentáveis, do atendimento integral à primeira infância, da aviação civil, entre outros.

A lei de PPA 2020-23 menciona, no seu Artigo 3, as suas 20 diretrizes. O inciso XI diz respeito à saúde: ampliação da cobertura e resolutividade da atenção básica, com prioridade na prevenção e no fortalecimento da integração entre os serviços de saúde, contendo sete programas:

- Programa 5017: Assistência farmacêutica no SUS.
- Programa 5018: Atenção Especializada à Saúde.
- Programa 5019: Atenção Primária à Saúde.
- Programa 5020: Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde.
- Programa 5021: Gestão e Organização do SUS.
- Programa 5022: Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena.
- Programa 5023: Vigilância de Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2020-23

A Lei nº 8.080/90 define a obrigatoriedade legal de elaboração do Plano Nacional de Saúde, alinhado às necessidades da política de saúde e à disponibilidade de recursos nos planos de saúde dos municípios, estados, Distrito Federal e União.

O atual Plano Nacional de Saúde 2020-23 conta com os mesmos sete programas elencados no PPA 2020-23, detalhando os compromissos da Administração Federal para o setor de saúde.

Fontes: Informações retiradas de Presidência da República (2019^[32]) "Lei Nº 13.971. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023", http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm, e Ministério da Saúde (2020^[33]), "Plano Nacional De Saúde 2020-2023", https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

As principais agências semiautônomas de saúde em nível nacional são a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ambos os órgãos estão vinculados ao Ministério da Saúde e têm uma relação de imparcialidade, sendo regidos por diretorias colegiadas compostas por cinco diretores com mandatos de três anos, podendo ser renovados.

Como a Constituição Federal permite a livre participação da prestação de cuidados de saúde privados, a ANS foi criada no ano 2000 com a missão de "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde [privada], regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País" (Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000).

Os agentes regulados pela ANS são as operadoras de planos de saúde (seguradoras privadas), pois o que circunscreve o objeto da regulação não são os próprios serviços médico-hospitalares ou odontológicos, mas a garantia de cobertura de saúde, que se caracteriza pela intermediação desses serviços de saúde. Cabe à ANS propor políticas e diretrizes gerais para a autorização, a regulação, o monitoramento e o controle do mercado de saúde suplementar. Em particular, a ANS pode definir o elenco de procedimentos e eventos assistenciais que constituem a referência básica para cobertura assistencial e avaliar a capacidade técnica e operacional das seguradoras privadas, visando a garantir a compatibilização das coberturas oferecidas, inclusive no que se refere à dimensão da rede de atendimento à saúde. A agência também acompanha a evolução dos preços dos planos e dos prestadores de serviços, e autoriza reajustes e revisões das características financeiras dos planos de saúde, após consulta ao Ministério da Economia, além de sancionar processos de cisão, fusão, incorporação ou transferência de controle corporativo das operadoras. Desta forma, a ANS monitora e avalia a situação econômico-financeira das operadoras, a fim de preservar o equilíbrio sistêmico do setor. É importante ressaltar que a agência se articula com os órgãos de defesa do consumidor e estabelece normas para o ressarcimento ao SUS. Em especial, a ANS cuida de alguns aspectos do funcionamento do mercado, buscando, se não corrigir, pelo menos mitigar suas falhas, principalmente a assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e profissionais de saúde, na busca pelo equilíbrio sistêmico entre esses atores e, com isso, a sustentabilidade do setor.

A ANVISA foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, como entidade pública independente em regime especial, que tem sede e jurisdição no Distrito Federal, e está presente em todo o país por meio da coordenação de portos, aeroportos, fronteiras e áreas alfandegárias. A missão da ANVISA é proteger e promover a saúde da população, intervindo nos riscos decorrentes da produção e da utilização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária em uma ação coordenada e integrada com o SUS.

A ANVISA é responsável pela vigilância sanitária e pela regulação de medicamentos; dispositivos médicos (produtos para a saúde); alimentos; saneantes; cosméticos; produtos para fumo, derivados ou não do tabaco; serviços de saúde e serviços de interesse para a saúde; além de sangue, tecidos, células e órgãos. Esse órgão é responsável pelo registro, autorização de funcionamento, padronização, certificação de boas práticas, vigilância pós-comercialização e vigilância sanitária.

2.4.2. A governança do sistema de saúde do Brasil é compartilhada por diversas entidades e sua gestão é descentralizada

O SUS conta com uma estrutura de governança compartilhada, prevista na Constituição Federal na perspectiva da competência comum dos três níveis da federação: federal, estadual e municipal. As funções do governo estadual incluem a governança regional, coordenação de programas estratégicos (como fornecimento de medicamentos de alto custo) e prestação de serviços especializados que não foram descentralizados para os municípios. As secretarias de saúde dos 5.570 municípios administram em grande parte a gestão do SUS em nível local, incluindo o cofinanciamento, a coordenação de programas e a prestação de serviços de saúde.

A fim de respeitar a autonomia de cada ente federativo, o chamado Pacto Interfederativo da Gestão Executiva permite que o SUS tenha um funcionamento dinâmico por meio de acordos entre suas partes (Ministério da Saúde, 2015^[34]). Para isso, existem várias esferas de governança, a saber: Conselhos e Comissões. Os principais estão descritos no Quadro 2.2.

Quadro 2.2. Principais órgãos de governança da Gestão Interfederativa do SUS

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS com a missão de fiscalizar, acompanhar e supervisionar as políticas públicas de saúde, levando as demandas da população ao poder público. O CNS é composto por 48 membros e seus respectivos primeiros e segundos suplentes, representando usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços de saúde. Fazem parte do conselho as entidades de profissionais de saúde, a comunidade científica, os prestadores de serviços e o setor privado. O CNS realiza eleições a cada três anos para escolher seus membros. Dentre suas principais atribuições, ele aprova o orçamento da saúde e acompanha sua execução, avaliando o Plano Nacional de Saúde a cada quatro anos.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Reúne os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, com o objetivo de operacionalizar a troca de experiências e informações entre seus associados. O conselho visa assegurar a implementação dos princípios constitucionais, legislações e diretrizes nas ações e nos serviços de saúde. O CONASS se empenha para que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal participem da tomada de decisões sobre o desenvolvimento do SUS, em conjunto com o Ministério da Saúde. Seu conselho é eleito em assembleias anuais.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

É uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada para representar as secretarias municipais de saúde. Sua importância no cenário político brasileiro se dá principalmente em razão da competência atribuída aos municípios na prestação dos serviços de saúde, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. O CONASEMS realiza um congresso anual para discutir temas de interesse dos gestores municipais e definir diretrizes para seus representantes e elege seu conselho de administração a cada dois anos.

Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)

Os secretários municipais de saúde se reúnem no COSEMS para discutir os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os COSEMS também são instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Órgão de articulação e consenso na esfera federal de governança do SUS, incluindo o desenvolvimento de estratégias, diretrizes, programas e alocação de recursos do sistema. É composta por gestores do SUS das três esferas de governo: cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. As decisões são tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Espaços estaduais de articulação e pactuação política voltados para nortear, regular e avaliar a operacionalização das ações descentralizadas de saúde do SUS. Os membros são representantes indicados pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo COSEMS.

Fonte: Informações obtidas com o Ministério da Saúde do Brasil Ministério da Saúde (2009^[35]) "O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios", <http://www.saude.gov.br/bvs>.

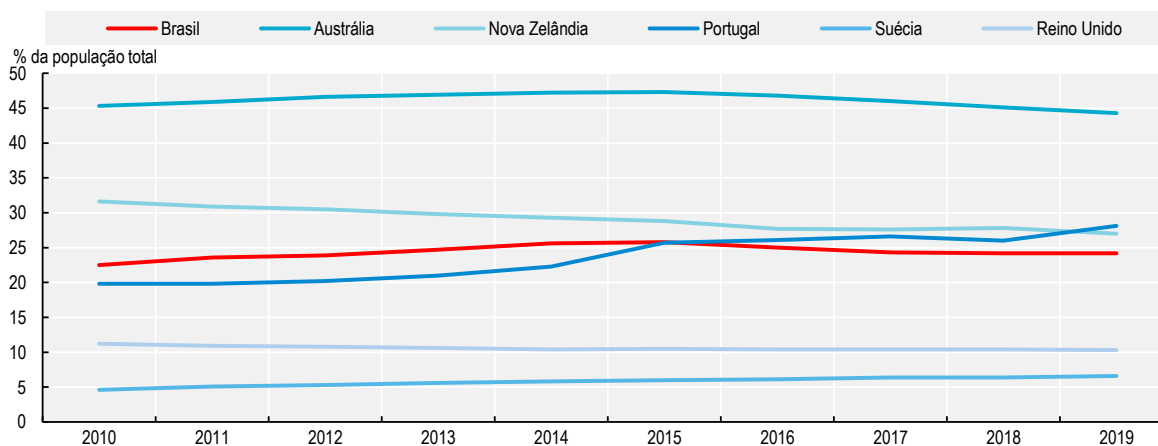
A Constituição Federal garante a participação da comunidade no sistema público de saúde em todos os níveis de governo. O chamado “controle social” se concretiza por meio dos conselhos de saúde (Quadro 2.2) e das conferências de saúde, que são compostos em 50% por membros da comunidade, 25% por prestadores de serviço e 25% por gestores de sistemas de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos e coletivos permanentes do SUS, propondo estratégias e monitorando a implementação das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros. A criação dos conselhos deve ser objeto de lei ou de decreto a nível municipal ou estadual. As conferências são espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes. As decisões sobre políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são discutidas durante as conferências. As conferências devem ocorrer a cada quatro anos (Ministério da Saúde, 2009^[35]).

2.4.3. Os atores privados são importantes no sistema de saúde brasileiro

O setor privado está presente nos níveis de financiamento e de atendimento à saúde. O acesso restrito e o descontentamento com os serviços de saúde fazem com que as famílias de renda média e alta procurem cada vez mais o atendimento privado.

O plano de saúde privado (PSP) é voluntário e pode ser classificado como cobertura duplicada, uma vez que abrange serviços de tratamento necessários que também são cobertos pelo SUS. Em 2019, 24,2% dos brasileiros tinham PSP, enquanto essa proporção girava em torno de 22% em 2008 (OECD, 2021^[7]). Quando comparado com outros países da OCDE que oferecem um serviço nacional de saúde ou um esquema nacional de plano de saúde e informam um PSP duplicado, o Brasil está próximo de Portugal (28,1%) e da Nova Zelândia (27%), abaixo dos 44% na Austrália e superior aos 6% e 10% na Suécia e no Reino Unido, respectivamente (Figura 2.13).

Figura 2.13. Plano de saúde privado duplicado no Brasil e em países selecionados da OCDE, 2010-19



Nota: Países selecionados da OCDE têm um serviço nacional de saúde ou um esquema nacional de seguro saúde e informam um PSP duplicado.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

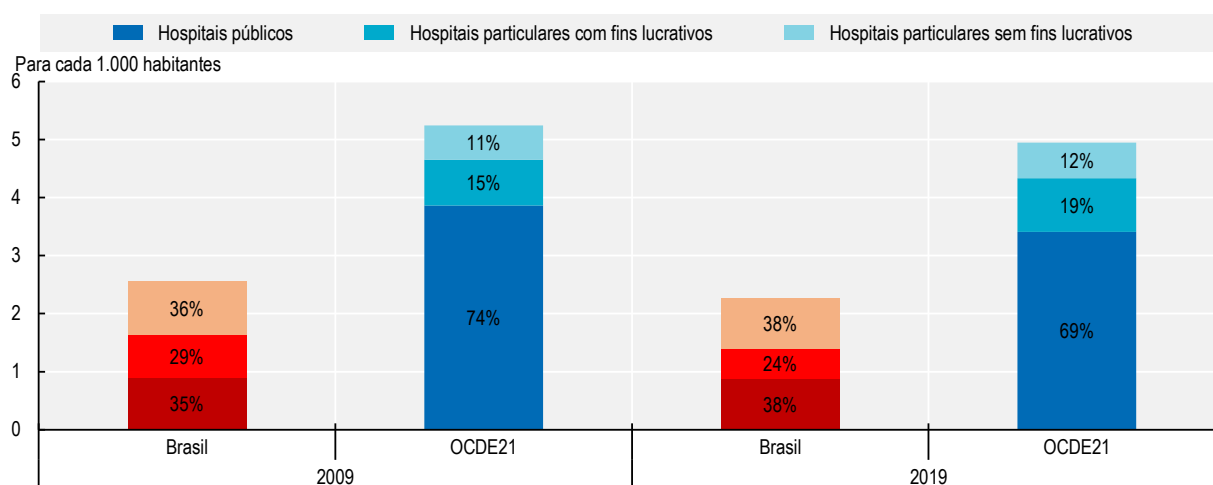
Quase 70% dos beneficiários brasileiros recebem seu plano de saúde privado como um benefício trabalhista. Esses planos oferecem serviços de saúde por meio de suas próprias instalações ou de organizações de saúde credenciadas. Por outro lado, eles podem reembolsar os beneficiários por serviços de saúde particulares. O Brasil gasta 0,5% do PIB com isenções fiscais para saúde privada,

principalmente para subsidiar aqueles que pagam o plano de saúde (vide Capítulo 3). Esse pagamento, assim como a compra de serviços de saúde, medicamentos e suprimentos médicos, pode ser deduzido de suas despesas tributáveis por pessoas físicas e jurídicas (Massuda et al., 2020^[11]).

Do lado da prestação de serviços, no Brasil 38,2% dos leitos hospitalares eram públicos, 38,1% privados sem fins lucrativos e 23,6% privados com fins lucrativos em 2019, enquanto na OCDE, a maior parte dos leitos são públicos com 69% e apenas 19% deles são privados com fins lucrativos (Figura 2.14). Entre 2009 e 2019, no Brasil, os leitos hospitalares públicos aumentaram 10%, enquanto os privados com fins lucrativos diminuíram 18% e os privados sem fins lucrativos aumentaram 5%. No total, o Brasil viu uma redução de 11,5% no número de leitos, superior à redução de 5,7% nos países da OCDE. Quando estimado na base populacional em 2019, o Brasil tinha um total de 2,2 leitos por 1.000 habitantes, muito menos do que a média de quase cinco leitos por 1.000 habitantes nos países da OCDE.

Figura 2.14. A proporção de leitos em hospitais públicos no Brasil é muito menor do que em países da OCDE

Leitos hospitalares por tipo de propriedade no Brasil e na OCDE, 2009 e 2019



Nota: As médias da OCDE21 representam os anos de 2009 e 2019.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

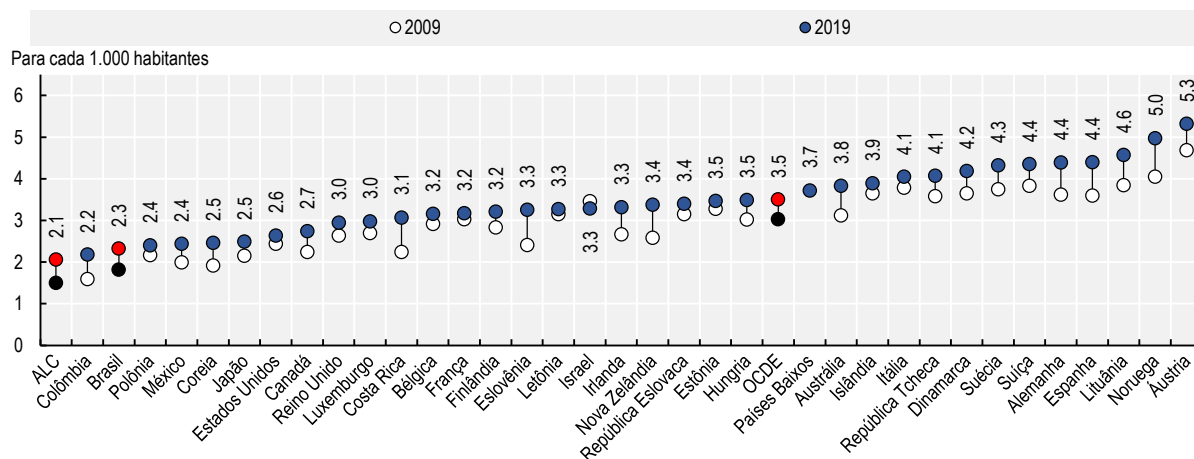
2.4.4. O Brasil tem menos médicos e enfermeiros quando comparado às médias da OCDE

Em comparação com os sistemas de saúde da OCDE, o Brasil tem muito poucos médicos e enfermeiros. Em 2019, a densidade médica no Brasil era de 2,3 médicos por 1.000 habitantes, menor do que em todos os países da OCDE (exceto a Colômbia) e bem abaixo da média de 3,5, embora esteja acima da média da ALC de 2,1. Entre 2009 e 2019, o Brasil aumentou essa taxa em 28%, enquanto os países da ALC em média aumentaram 37% e a OCDE 16% (Figura 2.15).

O número de faculdades de medicina está crescendo exponencialmente, impulsionado principalmente pela abertura de instituições privadas. Em 2020, havia 345 escolas médicas oferecendo mais de 35 mil vagas de treinamento. Dessas escolas, 41% eram públicas e 59% privadas. As escolas médicas públicas são gratuitas, enquanto as mensalidades nas escolas privadas variam de USD 700 a USD 2.500 (BRL 3.600 a BRL 13.000) (Escolas Médicas do Brasil, 2021^[36]).

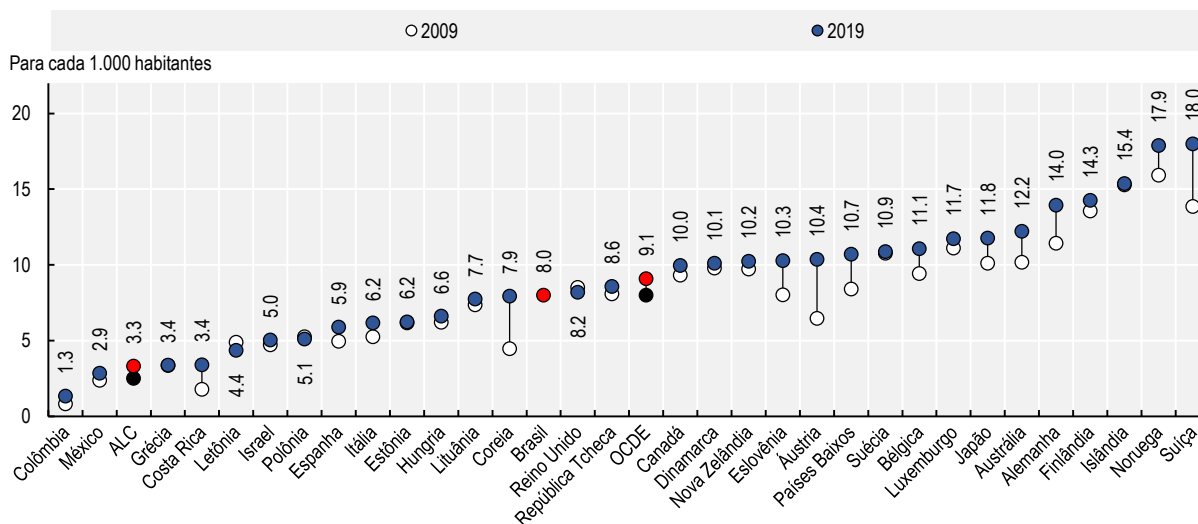
A força de trabalho de enfermagem do Brasil aumentou na última década, chegando a 8 enfermeiros por mil habitantes em 2019, aproximando-se da média da OCDE de 9,1 (Figura 2.16).

Figura 2.15. Médicos em exercício por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19 (ou o último ano disponível)



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, OMS para a média da ALC e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

Figura 2.16. Enfermeiros por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, OMS e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[7]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

Em linhas gerais, dois dos principais problemas da força de trabalho em saúde que persistem no sistema de saúde brasileiro são a escassez de médicos e a má distribuição de profissionais entre os níveis de atendimento à saúde e entre as áreas geográficas (Oliveira et al., 2017^[37]). Abordar as questões da força de trabalho de saúde no Brasil requer atenção a algumas questões fundamentais, principalmente àquelas relacionadas à governança e às questões políticas que têm sustentado o desenvolvimento e a estabilidade das políticas nacionais. Por exemplo, o programa “Mais Médicos” foi implementado pelo Governo Federal (Lei nº 12.871 de 2013) com o objetivo de reduzir a carência de médicos em regiões prioritizadas e aprimorar a formação médica no país. Até novembro de 2020, o programa era responsável pela presença de mais de 16.000 médicos em 3.887 municípios brasileiros. Esse programa provou ter resultados positivos, por exemplo, em termos de disponibilidade de médicos e resultados de saúde (Hone et al.,

2020^[38]; Netto et al., 2018^[39]; OECD, 2021^[40]). Nesse cenário, um novo programa denominado “Médicos pelo Brasil” (Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019) foi iniciado pela nova administração do governo federal. O seu objetivo é aumentar a prestação de serviços médicos em locais de difícil acesso ou de elevada vulnerabilidade, bem como promover a formação de médicos especializados em medicina de família e comunitária. Espera-se que o programa Médicos pelo Brasil substitua gradativamente o Mais Médicos, principalmente com a contratação de médicos brasileiros treinados que já se mostraram escassos ou não querem ir para áreas isoladas ou carentes. Esse tipo de mudança representa um desafio de governança para o sistema de saúde brasileiro, que deve desenvolver uma visão estratégica para preservar e alterar políticas e programas que demonstrem aprimorar seus resultados.

2.5. Conclusão

Muitas medidas de desempenho do sistema de saúde no Brasil melhoraram desde a criação do SUS em 1988. Praticamente toda a população tem a mesma cobertura de benefícios e proteção financeira no setor público de saúde, enquanto um quarto da população que pode adquirir plano de saúde privado obtém, em sua maioria, serviços de saúde duplicados. Os pagamentos diretos representam cerca de 25% do total das despesas nacionais com saúde, acima da média da OCDE.

As desigualdades persistentes na saúde, combinadas com o novo perfil epidemiológico e um período de recuperação pós-COVID-19, sugerem que reformas e ajustes contínuos são necessários no sistema de saúde brasileiro. Em termos gerais, o SUS e a gama de profissionais de saúde não estão tão desenvolvidos quanto deveriam para manter os brasileiros saudáveis e oferecer um sistema de saúde de alta qualidade, sustentável e centrado nas pessoas – questões que serão consideradas em mais detalhes nos próximos capítulos.

Referências

- Alvarenga, A. et al. (2020), “Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 36/12, p. e00155720, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155720>. [18]
- Boccolini, C. and P. De Souza Junior (2016), “Inequities in Healthcare utilization: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013”, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15/1, pp. 1-8, <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>. [29]
- Caracilo Carvalho Bivar, G. et al. (2021), “Covid-19, the anti-vaccine movement and immunization challenges in Brazil”, *Scientia Medica*, Vol. 31/1, p. e39425, <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39425>. [21]
- Carvalho, T., M. Boschiero and F. Marson (2021), “COVID-19 in Brazil: 150,000 deaths and the Brazilian underreporting”, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, Vol. 99/3, p. 115258, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115258>. [15]
- Castro, M. et al. (2019), *Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future*, Lancet Publishing Group, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). [24]
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (ed.) (2009), *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*, Ministério da Saúde, Brasília, <http://www.saude.gov.br/bvs> (accessed on 14 January 2021). [35]

- De Azevedo Barros, M. et al. (2016), “Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013”, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15/1, pp. 1-10, <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0439-0>. [27]
- ECDC (2021), *Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths*, European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19> (accessed on 16 March 2021). [17]
- Escolas Médicas do Brasil (2021), *Escolas Médicas do Brasil*, <https://www.escolasmedicas.com.br/index.php> (accessed on 15 January 2021). [36]
- Hone, T. et al. (2020), “Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities”, *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, p. 873, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. [38]
- IBGE (2016), *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores*, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. [3]
- IHME (2021), *GBD Compare | IHME Viz Hub*, Institute of Health Metrics and Evaluation, University of Washington, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (accessed on 14 March 2021). [22]
- IOM (2020), *Brazil | International Organization for Migration*, <https://www.iom.int/countries/brazil> (accessed on 2 December 2020). [4]
- Liedke, P. et al. (2014), “Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: A retrospective cohort study”, *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, Vol. 23/1, pp. 126-133, <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0693>. [30]
- Malta, D. et al. (2016), *Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: National health survey 2013*, BioMed Central Ltd., <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4>. [28]
- Massuda, A. et al. (2020), *Brazil - International Health Care System Profiles*, Commonwealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil> (accessed on 2 December 2020). [1]
- Menezes-Filho, N. and R. Politi (2020), “Estimating the causal effects of private health insurance in Brazil: Evidence from a regression kink design”, *Social Science and Medicine*, Vol. 264, p. 113258, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113258>. [31]
- Ministério da Saúde (2021), *Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19*, <https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19> (accessed on 16 March 2021). [20]
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional De Saúde 2020-2023*, https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf (accessed on 15 March 2021). [33]
- Netto, J. et al. (2018), *Contributions of the Mais Médicos (More Doctors) physician recruitment program for health care in Brazil: An integrative review*, Pan American Health Organization, <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>. [39]

- OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>. [40]
- OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Interim Report March 2021*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/34bfd999-en>. [16]
- OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 1*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/edfbca02-en>. [9]
- OECD (2021), *OECD Health Statistics 2021*, <https://doi.org/10.1787/health-data-en> (accessed on 15 January 2021). [7]
- OECD (2020), *Demography - Population - OECD Data*, <https://data.oecd.org/pop/population.htm> (accessed on 2 December 2020). [2]
- OECD (2020), *OECD Better Life Index - Brazil*, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/> (accessed on 2 December 2020). [10]
- OECD (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/250240ad-en>. [14]
- OECD (2018), *OECD Economic Surveys: Brazil 2018*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2018-en. [8]
- OECD/ILO (2019), *Tackling Vulnerability in the Informal Economy*, Development Centre Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/939b7bcd-en>. [12]
- OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en>. [6]
- Oliveira, A. et al. (2017), “Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/4, pp. 1165-1180, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. [37]
- Paim, J. et al. (2011), *The Brazilian health system: History, advances, and challenges*, Lancet Publishing Group, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). [23]
- Pessoa, Z., R. Teixeira and M. Clementino (2020), “Interfaces between vulnerabilities, governance, innovation and capacity of response to COVID-19 in Brazilian Northeast”, *Ambiente e Sociedade*, Vol. 23, pp. 1-15, <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422ASOC20200110VU2020L3ID>. [19]
- Presidência da República (2019), *Lei Nº 13.971. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm (accessed on 15 March 2021). [32]
- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa (ed.) (2015), *Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS*, Ministério da Saúde, Brasília, http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_interfederativa_3ed.pdf (accessed on 14 January 2021). [34]

- Szwarcwald, C. et al. (2020), "Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015", *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 4, <http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00208-1>. [26]
- UNU-WIDER (2020), *WIID – World Income Inequality Database*, United Nations University World Institute for Development, <https://www.wider.unu.edu/project/wiid-%E2%80%93-world-income-inequality-database> (accessed on 14 March 2021). [11]
- Viacava, F. et al. (2019), "Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 24/7, pp. 2745-2760, <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017>. [25]
- World Bank (2021), *Informal employment (% of total non-agricultural employment) - TCdata360*, <https://tcdata360.worldbank.org/> (accessed on 16 March 2021). [13]
- World Bank (2020), *Brazil | Data*, <https://data.worldbank.org/country/brazil> (accessed on 2 December 2020). [5]

Observações

¹ Atualmente, cerca de 3% de todas as despesas com saúde no Brasil não podem ser alocadas a um esquema de financiamento, de modo que a participação real dos esquemas de financiamento individual pode, na verdade, ser um pouco mais alta.

² Dados de óbitos por COVID-19 recuperados do OWID e dados para todas as causas de mortalidade no Brasil entre 2015 e 2019 recuperados do DATASUS.



From:
OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2022), “A organização do sistema de saúde no Brasil e suas necessidades”, in *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/fcdcd628-pt>

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of OECD member countries.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.