

SAÚDE

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise



Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes



Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Erik Figueiredo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

André Reis Diniz

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

POLÍTICAS SOCIAIS acompanhamento e análise

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial

Alexandre Arbex Valadares

Helder Rogério Sant'ana Ferreira

José Aparecido Carlos Ribeiro

Luana Simões Pinheiro (editora)

Luciana Mendes Santos Servo

Marcelo Galiza Pereira de Souza (editor)

Marco Antônio Carvalho Natalino

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Sandro Pereira Silva

Colaboradores

Saúde	Edvaldo Batista de Sá
	Fabiola Sulpino Vieira
	Luciana Mendes Santos Servo
	Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
	Sandra Silva Paulsen
	Sérgio Francisco Piola

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Este capítulo apresenta e discute a política de saúde no Brasil no período de 2019 a meados de 2021, com foco nas medidas adotadas pela União, sem desconsiderar os seus aspectos federativos, o que implica tratar também do envolvimento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na sua implementação. Nesse período, a saúde ocupou o centro da agenda do governo e capturou as atenções da sociedade, tanto pelo início de uma nova gestão no governo federal, com a promoção de mudanças importantes em algumas áreas dessa política, quanto pela resposta governamental à pandemia de covid-19, que tensionou ainda mais o Sistema Único de Saúde (SUS). Esses fatores, por um lado, ressaltaram as dificuldades do SUS e, por outro lado, serviram para destacar a relevância desse sistema e seu caráter estratégico para o país. Ficou claro que a efetividade da resposta brasileira à pandemia dependeu fortemente do SUS e dos avanços obtidos em pouco mais de trinta anos desde a sua criação.

Em 2019, a nova gestão promoveu modificações significativas na Política Nacional de Atenção Básica, área que passou a ser denominada no Brasil de atenção primária à saúde (APS), e na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Além disso, alterou a estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS) para atender às prioridades do governo que se iniciava. Pelo fato de a APS e a saúde mental terem sido as áreas priorizadas pelo Executivo federal, foram as que receberam maior atenção por parte das equipes técnicas do MS, desde o início da gestão, o que resultou em rápidas e profundas mudanças em sua organização e financiamento. O processo de acelerada reformulação de políticas de saúde parece ter sido apenas interrompido por causa da emergência do novo coronavírus, no final daquele ano, e da declaração de situação de emergência em saúde pública de importância nacional, em decorrência da pandemia de covid-19, no começo de 2020, a qual provocou um redirecionamento dos esforços do MS.

No curso de uma pandemia, de consequências tão graves quanto as ocasionadas pela de covid-19, é natural que a agenda pública seja dominada pelo tema. Mas, no caso do MS, o embate político fomentado pelo presidente da República em torno de algumas questões, como as responsabilidades federativas pelas medidas de combate à pandemia, a adoção de medidas não farmacológicas para frear a

transmissão do vírus, a recomendação para uso de medicamentos com eficácia não comprovada e, posteriormente, com ineficácia comprovada no tratamento precoce da covid-19, além das mensagens de desestímulo ao uso de vacinas anticovid e das repetidas mudanças de ministro e de seus auxiliares mais diretos, sequestrou a agenda da saúde e fez com que o trabalho do MS gravitasse em torno desses temas, com atuação muitas vezes contraditória. Com isso, na prática, a nova gestão no MS contou apenas com o primeiro ano de governo para promover alterações mais profundas em políticas e programas no âmbito do SUS, como se verá mais adiante.

Este capítulo aprofunda a discussão sobre essas questões, estando organizado em quatro seções, incluindo esta de apresentação. Na seção 2, discute-se a conjuntura da saúde no contexto da pandemia de covid-19, destacando-se questões como a regulação dos leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), a disponibilidade e a gestão de recursos humanos, a demanda reprimida e a coordenação da atenção à saúde entre seus níveis e instâncias de governo durante a crise sanitária, além da demanda por reabilitação e cuidados de longo prazo em razão das sequelas causadas pela covid-19. Na seção 3, mostra-se o acompanhamento da política de saúde no período abrangido pelo capítulo em suas áreas mais relevantes, a saber, APS, atenção especializada, vigilância em saúde e assistência farmacêutica. Também se destaca um tema que ganhou bastante importância nesse período, a saúde digital.¹ Além disso, apresenta-se a execução orçamentário-financeira do MS em 2019 e 2020, e discute-se a saúde suplementar, importante segmento do sistema de saúde brasileiro, e a regulação desse setor durante a pandemia. Por último, na seção 4, algumas considerações são feitas em termos de desafios e perspectivas futuras para a política de saúde no Brasil.

2 CONJUNTURA DA SAÚDE: DESAFIOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19

Ao mesmo tempo em que explicitou e exacerbou antigos problemas, a pandemia de covid-19 impôs novos desafios ao sistema de saúde brasileiro. Em 2020, quando ela teve início no Brasil, o país ainda se defrontava com desigualdades no acesso a serviços de saúde, tanto entre grupos populacionais (Estrela *et al.*, 2020; Ghetti e Bahdur, 2020; Goes, Ramos e Ferreira, 2020; Santos, H. *et al.*, 2020; Santos, M. *et al.*, 2020) quanto entre regiões (Botega, Rodrigues e Andrade, 2006; Andrade *et al.*, 2013), com o subfinanciamento crônico do SUS (Piola *et al.*, 2012; Vieira e Benevides, 2016) e as dificuldades para avançar na organização da rede assistencial nas diversas regiões de saúde (Viana, Lima e Ferreira, 2010; Lima *et al.*, 2012; Ouverney, Ribeiro e Moreira, 2017; Servo, 2020), entre outros problemas.

1. A saúde digital engloba uma vasta gama de conceitos e ações, expandindo o conceito de e-saúde para incluir uma variedade de outros, envolvendo consumidores digitais, tecnologias digitais, internet das coisas, *big data*, inteligência artificial, robótica, aprendizado de máquinas, proteção geral de dados, teleatendimento, entre outros (WHO, 2021). Nesta edição do boletim, o foco será sobre o teleatendimento em saúde.

Tornaram-se mais explícitos os obstáculos para progredir em algumas questões estruturais, como a regulação de filas, a oferta e a gestão de recursos humanos em saúde e a coordenação entre os níveis de atenção à saúde. Além disso, novos desafios relacionados à coordenação da rede assistencial nas diferentes regiões de saúde entre instâncias de governo, à demanda reprimida e à necessidade de cuidados continuados para as pessoas que tiveram covid-19, entre outros, foram impostos ao SUS pela pandemia. Nesta edição, trata-se da conjuntura recente dos problemas citados.

2.1 Regulação de leitos de unidade de terapia intensiva e de filas

O acesso a leitos de UTI foi tema discutido pela mídia nacional ao longo de 2020 e no começo de 2021. A imprensa noticiava a ausência de leitos gerais e, principalmente, de leitos de UTI, necessários para atenção aos casos graves de covid-19. Essa possibilidade já vinha sendo alertada em diversos estudos realizados no início da pandemia, que mostravam que o sistema de saúde poderia entrar em colapso, sendo um dos motivos a oferta insuficiente de leitos.

O momento desse colapso não seria o mesmo em todo país e essa heterogeneidade refletia as desigualdades de oferta desse recurso entre regiões e entre os setores público e privado (Noronha *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2021; Rache *et al.*, 2020). Enquanto o Amazonas tinha, no começo da pandemia, em março de 2020, 0,6 leito de UTI adulto por 10 mil habitantes, no Distrito Federal, esse número era de 3,1 leitos para 10 mil habitantes considerando todos os leitos públicos e privados.² Quando se analisa o caso de Manaus, localidade onde surgiu uma das variantes do Sars-COV-2 (Buss *et al.*, 2021; Faria *et al.*, 2021; Sabino *et al.*, 2021), cujo sistema de saúde entrou em colapso em mais de uma ocasião, observa-se que a capital concentrava e ainda concentra todos os leitos de UTI do Amazonas.³ Com isso, as demandas de pessoas do interior, deslocadas para a capital, além de pressionarem o sistema de saúde de Manaus, tiveram menor probabilidade de receber o atendimento oportuno e adequado, em comparação às de um morador da capital, uma vez que Manaus já estava com sua capacidade de atendimento saturada. A interiorização da doença se seguiu à explosão do número de casos na capital.

Questões geográficas impõem grande dificuldade de deslocamento na região amazônica, com altas distâncias médias percorridas (Servo, 2020). Também já era esperado que o acesso aos leitos de UTI seria mais restrito em vários estados do Norte e do Nordeste quando comparado com o acesso em outras regiões do país, assim como nos bairros mais pobres em comparação aos mais ricos das grandes cidades (Noronha *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2021; Rache *et al.*, 2020).

2. Para mais informações, acessar o link: <<https://bit.ly/2XIKikU>>.

3. Disponível em: <<https://bit.ly/2XIKikU>>.

Relacionada a essa discussão da insuficiência na oferta está a da disponibilidade desigual entre os setores público, privado SUS e privado não SUS. A situação do município do Rio de Janeiro, que está entre os que contam com maior oferta de leitos de UTI por habitante, é representativa dessa desigualdade. Isso porque a maioria dos leitos está concentrada em hospitais privados, sendo muitos deles não disponíveis ao SUS.⁴ Assim, mesmo com uma grande oferta de leitos de UTI, no começo da pandemia houve restrições de acesso que demandaram a instalação de hospitais de campanha.

Esse tema trouxe à tona um problema antigo do SUS que se refere à regulação de acesso a leitos para internação. Esse não é um fenômeno local, mas nacional. Esse problema se agrava pela ausência de informação compartilhada sobre a ocupação de leitos de UTI contratados do setor privado disponíveis ao SUS e de leitos privados não disponíveis ao SUS, não havendo no sistema público uma regulação do total de leitos nos setores público e privado. A informação sobre todos os leitos de UTI e gerais não faz parte de um sistema único de regulação e não está disponível para as centrais de regulação de leitos estaduais.

Por essa razão e, considerando a oferta desigual de leitos nos setores público e privado, houve intenso debate em torno da instituição de uma fila única para leitos de internação, tendo sido lançados dois manifestos *Leitos para Todos e Vidas Iguais*, que unificaram iniciativas de entidades da saúde, de direitos humanos e de movimentos sociais (Martins e Dias, 2020). Marinho (2020) demonstrou a grande desigualdade de acesso aos leitos e que há bases para essa proposição, incluindo o princípio da equidade no acesso, o direito à saúde e, também, as previsões legais de uso de propriedade particular no caso de iminente perigo público ou para atendimento de necessidade urgente e transitória. Esse autor discutiu ainda outras vantagens da adoção de uma fila única, mas, ao mesmo tempo, chamou a atenção para algumas dificuldades para sua implantação, como a existência de incertezas sobre quanto tempo um atendimento demora, podendo ocorrer excesso de demanda ou de capacidade em determinado momento, o desestímulo aos investimentos do setor privado, a heterogeneidade dos estados quanto à capacidade das centrais de regulação de leitos, entre outros.

A discussão e disponibilidade de informações sobre o sistema de saúde em seu conjunto, qual seja, considerando o público SUS, privado SUS e privado não SUS, é importante para se avançar na redução das desigualdades de acesso. Contudo, ainda estão em construção o sistema de informações compartilhados e os processos neles envolvidos, bem como os outros instrumentos para a efetiva regulação de todo o sistema de saúde. Assim, Marinho (2020) propôs a criação de uma fila única parcial, considerando as vagas excedentes do setor privado, quando essas não

4. Disponível em: <<https://bit.ly/2XIKikU>>.

estivessem ocupadas por pacientes intermediados por planos e seguros de saúde, ponderando que essa proposta também apresenta vantagens e desvantagens. Uma desvantagem importante é que a fila única parcial seria pouco efetiva durante a alta demanda gerada por uma pandemia. Todavia, ela poderia pavimentar o caminho para a instituição, de forma sistemática e efetiva, da regulação de leitos em ambos os setores. Ao final, o próprio autor defendeu que, qualquer que seja a alternativa, há necessidade de coordenação da totalidade dos leitos hospitalares existentes para melhor enfrentamento de crises sanitárias, independentemente de suas causas.

Ao longo de 2020, vários estados e alguns municípios negociaram o acesso à informação sobre taxas de ocupação de leitos gerais e de UTI dos hospitais privados e passaram a disponibilizar essas informações nos sítios de internet de suas secretarias estaduais de saúde. O estado de São Paulo exemplifica esse tipo de iniciativa.⁵ Contudo, esse processo de compartilhamento ficou atrelado à pandemia, não se caracteriza como uma estruturação efetiva de fila única, e não há previsão de sua continuidade no período pós-pandêmico. Essa experiência deveria inspirar o estabelecimento de uma rotina de compartilhamento de informações entre os setores público e privado na gestão do sistema de saúde brasileiro, a fim de torná-lo mais efetivo e eficiente. Ademais, facultaria à população o acesso à informação dessa natureza, dando mais transparência ao processo.⁶ Gestores públicos teriam informação para melhor gerenciamento da oferta de leitos e a população poderia demandar providências das autoridades públicas quanto à contratação de leitos privados, quando houvesse demora inaceitável em seu atendimento.

Além do acesso à informação, a própria distribuição desigual dos leitos entre público e privado, entre regiões e a distribuição intraurbana dos hospitais impactaram muito mais as populações residentes de áreas mais pobres em espaços intraurbanos (Pereira *et al.*, 2021) e grupos populacionais específicos, como a população negra e indígena (Oliveira *et al.*, 2020; Castro *et al.*, 2021). Esse processo novamente vem revelar que a lógica do mercado não é voltada para redução das desigualdades, sendo necessário avançar na busca dos princípios de equidade e integralidade relacionados à construção do SUS.

2.2 Recursos humanos

Em relação aos recursos humanos, a desigualdade de sua oferta tem sido objeto de estudos e planos de ação há muitos anos, assim como ocorre para o enfrentamento da desigualdade de oferta de leitos e de outros recursos físicos. Entretanto, o debate

5. Mais informações em: <<https://bit.ly/3vFcp0X>>.

6. Durante a pandemia, houve reclamação de que hospitais militares mantinham leitos desocupados em localidades onde já não havia disponibilidade de leitos SUS e a população não estava tendo acesso a esse recurso. A inclusão desses leitos públicos não SUS em uma regulação única poderia ter evitado esse tipo de problema. Ver mais em MPP pede... (2021) e Parreira e Alves (2021).

tem se concentrado na má distribuição e escassez de médicos (Vieira e Servo, 2014; Scheffer *et al.*, 2020), havendo certa negligência em relação às demais categoriais de profissionais da área da saúde.

A saúde é intensiva em pessoal e as respostas do sistema à pandemia dependem das possibilidades relacionadas à oferta atual e à formação de novos profissionais. No contexto da pandemia no Brasil, Fehn *et al.* (2020) estimaram *deficit* de profissionais para atuação na linha de frente. Outra questão importante é que, em um sistema estressado pela alta demanda e pelos riscos de contágio e mortes, os profissionais de saúde foram altamente afetados (Adams e Walls, 2020; Lancman *et al.*, 2021; Lotta *et al.*, 2021; Migueis *et al.*, 2021). Os contágios e os óbitos não foram igualmente distribuídos entre os profissionais de saúde, sendo maiores para técnicos de enfermagem, que têm contato rotineiro e intenso com os pacientes (Freire *et al.*, 2021).

Com o aumento da demanda por cuidados médicos, da reposição de profissionais ao longo do período pandêmico e das demandas futuras relacionadas ao cancelamento de consultas, exames, cirurgias eletivas, entre outros procedimentos, estimou-se uma necessidade de 11 mil novos médicos para o sistema de saúde, entre intensivistas, anestesistas e cardiologistas. A grande dificuldade é que seriam necessários mais de quinze anos para se alcançar esse número, considerando o ritmo atual de formação desses profissionais (Ipea, 2020). A carência de profissionais de saúde especialistas, juntamente com leitos e equipamentos, afetou a capacidade de resposta do país à pandemia, resultando em taxas de letalidade intra-hospitalares fortemente associadas às iniquidades geográficas de capacidade do sistema de saúde brasileiro (Brizzi *et al.*, 2021).

A partir do debate sobre a pandemia, foram pensadas ações para a formação profissional, incluindo a instituição de um incentivo adicional denominado *Brasil Conta Comigo* para tentar atrair profissionais recém-formados ou profissionais afastados da assistência para a atuação durante a pandemia. Em 2021, a Comissão Nacional de Residência Médica aprovou a abertura de vagas extemporâneas e retirou os pré-requisitos para a residência em medicina intensiva, tornando-a de acesso direto e com formação em três anos (Brasil, 2021a; 2021b). Essa medida reduziu o tempo de formação de especialistas nessa área. Contudo, a resposta não é imediata, exigindo planejamentos de médio e longo prazos para melhorar a capacidade do sistema de saúde e prevenir a escassez futura. Isso envolve pensar e planejar a oferta de cursos, considerando a necessidade de profissionais de saúde de diversas formações, não apenas médicos, e sua distribuição no território nacional (Ipea, 2020).

2.3 Demanda reprimida e a coordenação dos níveis de atenção à saúde

Quanto à demanda por serviços de saúde, assim como há desafios para a regulação de filas para leitos hospitalares, há também desafios para a regulação das consultas, exames e outros atendimentos especializados. Esses atendimentos podem ser realizados

pelo SUS, intermediados por planos e seguros, ou a partir de pagamento direto dos indivíduos aos prestadores. Não há integração ou coordenação de sistemas de informação dos setores público e privado e, em muitos municípios, não há sistemas de informação sobre filas e tempos de espera para atendimento.

Há estudos tratando dos problemas de acesso e mostrando que a atenção especializada já era, antes da pandemia, um dos grandes gargalos do sistema (Andrade *et al.*, 2018). Estudos de caso estimam tempo de espera superior a seis meses e de anos para acesso a alguns serviços (Vieira, Lima e Gazzinelli, 2015; Farias *et al.*, 2019). Esse tempo também aumenta o absenteísmo às consultas, gerando um ciclo vicioso: as pessoas esperam muito e, quando são chamadas, um percentual não desprezível (em alguns casos superiores a 30%) não comparece à consulta, levando à necessidade de se reorganizar a fila. A existência de exames previamente agendados e não realizados é uma das causas do absenteísmo nas consultas especializadas e está associado ao agravamento dos casos, elevando o risco de morte (Farias *et al.*, 2019).

A pandemia adiciona novos elementos a esse cenário, incluindo o estresse do sistema de saúde, tomado pelas demandas urgentes de atendimento aos casos de covid-19, resultando em adiamento de cirurgias eletivas, de consultas e de exames. Associa-se a isso o receio de exposição ao vírus por parte da população, fazendo com que muitas pessoas não procurassem atendimento para outras condições e agravos, em razão do risco de contágio, mesmo nos momentos em que o sistema não estava sob estresse.

Esse atraso encontra-se refletido, entre outros, no excesso de mortes por covid-19 e por outras causas (Jardim, Corrêa e Silva, 2021; Marinho *et al.*, 2021; Silva, Jardim e Santos, 2020).⁷ Marinho *et al.* (2021) estimaram que, entre a semana epidemiológica 12 (16 de março de 2020) e a 23 (6 de junho de 2020), houve 22% mais mortes que o esperado para o período. Duas situações contribuíram para tanto, além dos óbitos por covid-19 de pacientes sem doença preexistente: o agravamento da covid-19 em pacientes com doenças crônicas e o excesso de mortes de pacientes com câncer e doenças cardiovasculares por adiamento dos tratamentos em virtude da pandemia (Jardim, Corrêa e Silva, 2021).

No Brasil, muito se fala sobre a importância da atenção primária na promoção, na prevenção, na vigilância e no tratamento, como porta de entrada preferencial do sistema e como ponto central da rede de atenção à saúde (Vargas, 2011). No começo da pandemia de covid-19, vários estudos questionavam o fato de não ter havido coordenação nacional orientando a atuação da APS juntamente com os demais pontos da rede de atenção (Bousquat *et al.*, 2017; Daumas *et al.*, 2020; Sarti *et al.*, 2020).

7. O excesso de mortes é estimado comparando-se os óbitos em 2020 (meses selecionados) com os óbitos de períodos anteriores. Projeta-se qual seria a quantidade esperada de óbitos e compara-se com os óbitos ocorridos no período.

Além de seu potencial para apoiar as ações para prevenir contágios comunitários por meio de busca ativa de casos, bem como para apoio ao tratamento e ao acompanhamento dos casos mais leves, em um sistema efetivamente coordenado, a APS poderia ter atuado como ordenadora do cuidado, realizado diagnóstico e direcionado os pacientes graves para serem atendidos em hospitais, com prévio conhecimento das vagas disponíveis.⁸

Ao mesmo tempo, um papel que a APS já vinha realizando com resultados já mensurados refere-se à prevenção e ao acompanhamento de doentes crônicos, especialmente de diabéticos e pacientes com doenças cardiovasculares. Com as incertezas geradas pela pandemia, esse processo também foi afetado, demandando esforços ainda maiores de coordenação, tanto entre pontos da rede de atenção quanto entre a União, os estados e os municípios.

2.4 Demanda por reabilitação e cuidados de longo prazo

Outra relevante consequência da covid-19 é o aumento da demanda por reabilitação e cuidados de longo prazo. No começo de 2020, pouco se sabia sobre essa questão. Em outubro do mesmo ano, avançaram os conhecimentos sobre essa doença, mas sua história natural ainda está por ser escrita. As incertezas continuam e uma delas diz respeito aos efeitos de médio e longo prazos da doença e das comorbidades por ela produzidas. Verificou-se elevação da demanda por reabilitação⁹ (Brugliera *et al.*, 2020), além de casos de nefropatia (doença dos rins ou renal), doenças hormonais, entre outras, associadas à covid-19 (Nascimento, 2020; Piedade *et al.*, 2020).

Muitos desses casos requerem reabilitação e podem gerar demandas por cuidados de longo prazo. O sistema de saúde brasileiro investe pouco nesse setor. Em 2019, apenas 1% dos recursos totais da saúde era para cuidados de longo prazo e 1%, para reabilitação (Ipea, 2021a). Até o momento, autorizou-se, em caráter excepcional, a utilização de leitos de cuidado prolongado para atendimento de pacientes crônicos provenientes de UTI e de leitos de enfermaria de hospitais de referência para covid-19. Os hospitais devem ter entre 31 e 49 leitos e ter leitos SUS já habilitados (Brasil, 2020a).

8. "Na atenção clínica individual, utilizando modalidades de teleatendimento, profissionais da APS podem orientar os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta; identificar pacientes que não podem ser cuidados no domicílio; monitorar estes casos suspeitos quanto à evolução clínica; realizar videoconsultas para casos mais complexos e solicitar remoção para uma unidade hospitalar ao identificar sinais de agravamento. Todas essas ações resultam em redução da demanda e dos riscos de infecção nas unidades de emergência e permitem a concentração de seus recursos no atendimento aos casos mais graves" (Daumas *et al.*, 2020, p. 3).

9. A reabilitação nesse caso envolve as seguintes atividades, de acordo com as necessidades dos pacientes: i) exercício aeróbico – para aqueles com problemas respiratórios/problemas motores e descondicionamento físico; ii) treinamento de força para fraqueza muscular periférica; iii) treinamento de equilíbrio estático e dinâmico para a disfunção do equilíbrio; iv) técnicas de desobstrução brônquica em casos de pacientes com hipersecreção; v) avaliação da capacidade do paciente para realizar atividades diárias e, eventualmente, melhorar a recuperação ou adaptação a elas, com o apoio de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais; e vi) treinamento neuropsicológico – sessões de aconselhamento, apoio psicológico e treinamento cognitivo (Brugliera *et al.*, 2020).

Ainda que os hospitais de pequeno porte (HPPs) possam responder por parte dessa demanda de cuidados de longo prazo, muitos deles não têm os profissionais nem as tecnologias necessárias para várias das demandas de médio prazo. Essa é uma questão que já está em discussão há algum tempo, visto que os HPPs podem ser requalificados para fazer parte de uma rede de atenção, respondendo por alguns dos problemas de saúde da população, mas demandam a organização da referência para encaminhamentos para hospitais de maior porte (Ugá e López, 2007; Souza *et al.*, 2019). Essa requalificação, assim como o planejamento da rede de atenção, demandará investimentos e disponibilidade de recursos. Desse modo, a questão da rede de atenção e de sua organização para atendimento de reabilitação e cuidados de longo prazo torna-se premente.

3 ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS E DOS PROGRAMAS (2019-1º SEMESTRE DE 2021)

3.1 Atenção primária à saúde

Conforme mencionado na edição anterior de *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, o final de 2019 apresentou uma grande novidade que alterou significativamente o modelo de financiamento da APS. Trata-se do programa Previne Brasil, que foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Brasil, 2019a), o qual modificou os critérios de repasse de recursos federais da APS para os municípios (Ipea, 2021b).

Desde 1991, o modelo federal de financiamento da atenção primária vinha sendo baseado em uma combinação de incentivos associados a um valor *per capita*. O primeiro programa de incentivo federal para a APS foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado nesse ano e posteriormente incorporado como parte da Estratégia de Saúde da Família. Essa estratégia envolvia, entre outros, incentivos para equipes de Saúde da Família (eSFs). Esses incentivos passaram a compor o denominado Piso da Atenção Básica (PAB) Variável que, juntamente com uma parcela fixa (PAB Fixo), constituíam os mecanismos de financiamento da atenção primária no país até 2019 (Faveret, 2002; Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

Foi com a implementação dessa política de incentivos que o país conseguiu ampliar o acesso da população à APS, por meio das eSFs, de saúde bucal, de consultório na rua, de saúde ribeirinha, fluvial, entre outras. Até o começo dos anos 2000, o PAB Fixo tinha uma participação maior no total de recursos federais alocados à APS. A partir da aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, que estabeleceu um percentual mínimo de receita de impostos (incluindo as transferências constitucionais e legais) a ser aplicado por estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e garantiu certa estabilidade para as transferências federais, observa-se um aumento do PAB Variável que passa a ser o

mecanismo majoritário de financiamento da atenção primária (Servo *et al.*, 2011). Em 2019, tanto por estimativas indiretas de cobertura quanto por declarações das famílias sobre seu cadastramento em eSFs, estimava-se uma cobertura pouco superior a 60% da população por eSFs (IBGE, 2020a).¹⁰

Nesse processo, os municípios foram gradativamente aumentando sua participação no financiamento da saúde e se tornaram os principais financiadores da APS, respondendo, em média, por 48% do total (Ipea, 2021a), mas podendo alcançar mais de 70% de recursos próprios aplicados em municípios de pequeno porte (Ritzel e Prado, 2012; Mendes e Marques, 2014; Brasil, 2018a). Essa pressão sobre os municípios gerou várias demandas por ampliação da participação federal. Parte dessa pressão estava associada às dificuldades de se conseguir levar médicos para municípios de pequeno porte, áreas remotas e mais afastadas das regiões centrais dos grandes municípios.

Uma forma de compartilhar esse financiamento e buscar resolver esse problema de provimento veio por meio de um programa de bolsas para médicos brasileiros e estrangeiros atuarem na APS (programa Mais Médicos), custeadas pelo MS. Conforme discutido na edição 28 desse periódico (Ipea, 2021b), com a mudança de governo em 2019, houve alterações nesse programa. Em um primeiro momento, com a descontinuidade da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a saída dos médicos estrangeiros, principalmente os cubanos que representavam o maior contingente e saíram ainda no final de 2018 por iniciativa do governo cubano, como resposta às críticas do presidente recém-eleito à preparação dos médicos cubanos e às declarações contrárias aos termos da cooperação intermediada pela OPAS, houve problemas de continuidade das ações, particularmente em áreas remotas. Começa-se a recompor o quadro de profissionais, mas ainda não se tem uma avaliação externa dos efeitos dessas mudanças sobre a permanência dos profissionais médicos e o acesso à atenção à saúde pela população brasileira.

Ao mesmo tempo, em 2019, é proposto um novo modelo de financiamento da atenção primária, denominado Previne Brasil, cujo cerne é a alteração do repasse baseado na combinação de um valor *per capita* por habitante e transferências por eSFs para um modelo baseado na capitação ponderada.¹¹ Além disso, propõem-se

10. Disponível em: <<https://bit.ly/3nExshu>>.

11. A capitação ponderada muda o critério de transferências *per capita* que não considera mais o total da população, mas, sim, a quantidade de pessoas efetivamente cadastradas nas unidades básicas de saúde, o perfil demográfico, as vulnerabilidades socioeconômicas e um critério geográfico. O perfil demográfico dá um peso maior para municípios com crianças (abaixo de 5 anos) e idosos (acima de 65 anos). O critério da vulnerabilidade dá um peso maior para municípios com maior proporção de inscritos no Programa Bolsa Família (PBF) e para beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da Previdência Social com benefícios inferiores a 2 salários mínimos (SMs). O critério geográfico dá um peso maior para moradores de áreas remotas. Assim, esse critério parte de um quantitativo de pessoas cadastradas por equipe de acordo com a classificação geográfica do município pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): i) urbano; ii) intermediário adjacente; iii) rural adjacente; iv) intermediário remoto; e v) rural remoto (Ipea, 2021a).

um pagamento por desempenho e um bloco de incentivos para ações estratégicas, este último abrangendo programas como o Saúde na Hora, o Saúde Bucal, entre outros (Brasil, 2019a; Ipea, 2021a).

Em 2020, as transferências já passaram a ser feitas a partir desse novo modelo em um formato de transição, que garantia que nesse período, inicialmente previsto para o primeiro quadrimestre do ano, não haveria perdas nominais em comparação com o valor transferido em 2019, uma vez que sua efetiva implementação implicaria perdas de recursos para cerca de 20% dos municípios e, no período de transição, a partir de um acordo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), os entes teriam essas perdas compensadas. Contudo, com a pandemia, sua efetiva implementação foi sucessivamente adiada, a cada quadrimestre, e o período de transição foi mantido até agosto de 2021.

Em uma contribuição do Ipea para o Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), relacionada à avaliação da atenção primária, foram elaboradas estimativas de perdas e ganhos dos municípios considerando a principal mudança do modelo: a capitação ponderada (Brasil, 2021c). Considerando a regulamentação vigente até 27 de janeiro de 2021 (Portaria nº 166, de 27 de janeiro de 2021), adiando o início do pagamento com base no cadastro para a competência maio de 2021, as estimativas apresentadas nesse relatório indicam que, no período de transição, 4.471 municípios passariam a receber valor igual ou superior ao do somatório das doze competências (doze meses) de 2019, além de um adicional de R\$ 5,95 por habitante/ano – o “*per capita* de transição” (Portaria nº 172/2020).

Para os outros 1.098 municípios que perderiam recursos com a implantação da capitação ponderada em relação a 2019, mesmo que conseguissem cadastrar toda a população correspondente ao teto do cadastro,¹² foi criado o fator compensatório de transição (FCT) para compensar as perdas no período de transição (Portaria nº 173/2020). Com a finalidade de evitar as perdas, para esses municípios, o valor a ser transferido correspondeu ao valor da maior competência financeira de 2019 multiplicado por doze, o que criou algumas distorções durante o período de transição.¹³

12. O teto do cadastro é calculado conforme o número de eSFs e de atenção primária (vinte ou trinta horas) e a classificação geográfica do município no IBGE, que define a quantidade máxima de pessoas que podem ser cadastradas por equipe implantada no município. Os municípios classificados como urbanos podem cadastrar até 4 mil pessoas por eSF, os intermediários e rurais adjacentes até 2.750 pessoas, e os intermediários e rurais remotos, 2 mil pessoas. A quantidade máxima de pessoas para os tipos de equipes de atenção primária de trinta ou vinte horas são de, respectivamente, 75% e 50% das eSFs. O teto de cadastro de cada município é calculado pela multiplicação do número de equipes por tipo pela quantidade máxima de pessoas cadastradas por equipe.

13. Um exemplo é o município de Córrego do Ouro, Goiás, que recebeu R\$ 655 mil em 2019 (dos quais R\$ 100 mil de incremento PAB), e com a Portaria nº 173/2020 passou a receber R\$ 1,7 milhão de FCT em valores anualizados, chegando a R\$ 2 milhões em 2020 (somente repasses regulares para a APS, não inclui coronavírus). Após a transição, o município passaria a receber R\$ 494 mil caso alcançasse o teto do cadastro.

No mencionado trabalho para o CMAP, apresenta-se uma estimativa que considera a hipótese de que os municípios alcançassem o teto do cadastro no terceiro quadrimestre de 2020, de 153,3 milhões de pessoas, o que corresponde a uma cobertura populacional de 72%. Nesse caso, haveria um aumento agregado de 5,0%, mas com perdas para 1.767 municípios. Naquele momento, porém, o cadastramento havia alcançado 80% desse teto, o que corresponde a uma cobertura de 58% da população. Se esse parâmetro estivesse valendo, haveria uma perda média no agregado de 6,3% dos recursos transferidos, com grandes disparidades entre os municípios e as regiões. As maiores perdas seriam verificadas nos municípios da região Nordeste, chegando a uma queda de 12,5% para os municípios com menos de 20 mil habitantes, apesar de o teto do cadastro para esse grupo de municípios chegar a 96% da população, e de o cadastramento já ter alcançado 88% do teto. Apenas os municípios da região Sul apresentariam ganhos em termos agregados (+1,2%), concentrados entre os de menor porte populacional (+6,4%), conforme Brasil (2021c).

Essas perdas teriam sido mais significativas nos municípios de menor porte da região Nordeste, mas até agosto de 2021 ainda estavam sendo compensadas pelo FCT. Em setembro, foi publicada a Portaria nº 2.254/2021 alterando as regras da capitação ponderada e corrigindo algumas das distorções apontadas pelo Ipea no relatório do CMAP (Brasil, 2021c). O valor *per capita* base, até então de R\$ 50,50, não consta do texto da portaria e será definido anualmente por ato do ministro da Saúde. Outras mudanças importantes são citadas a seguir.

- A população cadastrada nas equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFRs), de Consultório na Rua (eCRs) e de Atenção Primária Prisional (eAPPs) passará a ser considerada no cálculo da capitação ponderada.
- Para municípios com apenas uma eSF, o teto do cadastro – calculado com base no quantitativo potencial de pessoas cadastradas, que varia por tipo de equipes (eSF, ou equipes de atenção primária vinte ou trinta horas) e pela classificação geográfica do município pelo IBGE¹⁴ – não será mais limitado pela população estimada pelo IBGE, regra que causava perdas para municípios de pequeno porte, com população estimada inferior ao parâmetro do cadastro.
- Os municípios que ainda não alcançaram o teto do cadastro receberão uma parte da diferença entre o número de pessoas cadastradas e o cadastro

14. Conforme definido no anexo XCIX da Portaria de Consolidação nº 6 (Brasil, 2017c), com redação dada pela Portaria nº 2.979 (Brasil, 2019a).

potencial, que varia de 50% a 10% reduzindo-se conforme a proporção de municípios que tenha alcançado o teto do cadastro aumenta.¹⁵

- Após a aplicação dessas regras, foi definido que o valor a ser transferido referente a capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas não poderá ser menor, em termos nominais, do que o valor total recebido em 2019, nas doze competências.

Adicionalmente à mudança no financiamento, também se alterou a gestão de parte dos recursos federais da APS, com a criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (Adaps) e com a previsão de mudança da forma de contratação de profissionais para atuarem nesse nível de atenção (Ipea, 2021b). Até outubro de 2021, essa agência não havia sido efetivamente implantada. Contudo, nesse mês foi publicada a Resolução nº 15 da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) do MS, dispondo sobre o contrato de gestão para o desenvolvimento da APS. O primeiro contrato estabeleceu repasses (desembolsos) de R\$ 913,2 milhões, sendo R\$ 103 milhões em outubro de 2021 e o restante em parcelas para janeiro, fevereiro, maio e setembro de 2022. Esses recursos estão relacionados à: implantação da Adaps, isto é, sua constituição, implementação e entrada em funcionamento; e operacionalização, monitoramento e avaliação do programa Médicos pelo Brasil, que substituirá o programa Mais Médicos (Ipea, 2021b).

3.2 Atenção especializada em saúde

Quanto à atenção especializada em saúde, não houve grandes mudanças nas políticas e nos programas já implementados com a nova gestão no governo federal em 2019. Promoveram-se modificações na estrutura organizacional do MS, desmembrando-se a então Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em Saps e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), o que reflete a prioridade anunciada pelo governo às ações e aos serviços de APS. Com essa alteração, passou-se a utilizar com mais frequência o termo *atenção especializada* para se referir às ações e aos serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.¹⁶

15. Quando a proporção de municípios que tiver atingido o teto do cadastro for: i) menor que 60%, os municípios receberão um valor adicional de 50% da diferença entre o teto do cadastro e a população cadastrada; ii) maior que 60% e menor que 70%, o valor adicional passa a ser de 40% da diferença entre o teto do cadastro e a população cadastrada; iii) maior que 70% e menor que 80%, o valor adicional passa a ser de 30% dessa diferença; iv) maior que 80% e menor que 90%, o valor adicional passa a ser de 20% dessa diferença; e, por fim, v) maior que 90% e menor que 100%, o valor adicional passa a ser de 10% dessa diferença. Essa regulamentação foi definida pela Portaria nº 2.254, de 3 de setembro de 2021 (Brasil, 2021g), que alterou a Portaria de Consolidação nº 6 (Brasil, 2017c).

16. Para mais informações, acessar o *link*: <<https://bit.ly/3l45vZl>>.

Parte da explicação para a não realização de grandes alterações na atenção especializada,¹⁷ para além da política de saúde mental, encontra-se na escassez de tempo para a implementação de novas ações pela equipe do governo – tendo em vista a priorização da APS logo nos primeiros meses da gestão, realizando-se modificações importantes na política, como visto anteriormente – e pela emergência do Sars-COV-2 ainda no final daquele ano, com a posterior declaração de situação de emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da pandemia de covid-19 no início de 2020. Com isso, os esforços do MS nessa área se concentraram na ampliação da infraestrutura do SUS e na provisão de insumos médicos para atendimento dos casos moderados a graves dessa doença em 2020 até meados de 2021.

Nos primeiros meses de 2020, vários pesquisadores alertaram para a situação crítica do SUS em termos de oferta de leitos de UTI, de leitos gerais e de equipamentos de ventilação mecânica para atender à demanda crescente e potencial de casos de covid-19 (Noronha *et al.*, 2020; Rache *et al.*, 2020). Além da oferta desses recursos em quantidade insuficiente em todo o sistema de saúde para enfrentamento de condições não excepcionais, quando não se precisa lidar com uma pandemia como a de covid-19, um grande problema era a concentração dos serviços de média e alta complexidade nas capitais dos estados (Lima *et al.*, 2019).

Por essa razão, durante a pandemia, houve necessidade de ampliação rápida do número de leitos de UTI disponíveis ao SUS, por meio da contratação de leitos do setor privado, da abertura de novos leitos em hospitais públicos e da instalação de hospitais de campanha pelos estados e municípios, com financiamento pelo MS. A pandemia também levou o MS a adquirir equipamentos de ventilação mecânica e medicamentos para intubação orotraqueal para disponibilização aos estabelecimentos públicos de saúde com o apoio dos estados, dada a escassez desses produtos no mercado nacional.¹⁸

Em 2020, o MS habilitou, para financiamento federal, 19.145 leitos excepcionais¹⁹ de UTI adultos e 329 pediátricos, exclusivos para atendimento de pacientes acometidos pela covid-19. Para a realização de cuidados prolongados de pacientes oriundos de UTI e de leitos de enfermagem de hospitais de referência para o tratamento dessa doença, o ministério autorizou a utilização de leitos de

17. Alterações de políticas e programas demandam discussão das propostas com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além de pactuação na CIT. O MS pode alocar equipes distintas para discutir diversos temas, mas as equipes do Conass e do Conasems são mais reduzidas. Isso limita, de certa forma, que grandes mudanças em políticas e programas ocorram simultaneamente em áreas distintas.

18. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

19. São leitos criados para atender à emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Esses leitos não serão computados e considerados na meta sobre leitos do Plano Nacional de Saúde.

hospitais de pequeno porte. Foram habilitados 4.901 leitos desse tipo, localizados em dez estados. Adicionalmente, habilitou 1.895 leitos de suporte ventilatório pulmonar em todas as Unidades da Federação.²⁰

A despeito desses esforços, a ampliação de leitos de UTI para os casos de covid-19 não reduziu as desigualdades regionais de oferta de leitos de UTI (Costa *et al.*, 2020), o que explica os grandes deslocamentos realizados pelos pacientes em busca de atendimento durante os momentos críticos da pandemia, inclusive com encaminhamento para outros estados, quando houve alta do número de casos e de internação. Explica também os óbitos mais concentrados em residentes de cidades do interior do país, onde a infraestrutura hospitalar não é apropriada para atendimento de situações de maior complexidade em saúde (Lopes, 2021).

Em relação aos atendimentos eletivos na atenção especializada durante a pandemia, há uma grande preocupação sobre as consequências para os indivíduos e o SUS do adiamento da realização de consultas, cirurgias e exames. A interrupção dos atendimentos das condições crônicas de saúde, seja em razão de restrições de acesso, seja em razão do receio das pessoas de estarem em uma unidade de saúde – um local de alto risco de contágio – durante uma pandemia, pode levar ao agravamento dessas condições e produzir mortes evitáveis, com alto impacto econômico-financeiro para o sistema de saúde (Mendes, 2020).

Conforme se observa na tabela 1, foi significativo o impacto da pandemia de covid-19 para os pacientes atendidos pelo SUS. Ações e serviços de saúde que já apresentavam redução importante no período anterior foram fortemente afetados e outros, que tiveram aumento entre 2015 e 2019, foram também muito atingidos pela pandemia. Por exemplo, ações de promoção e prevenção à saúde e procedimentos ambulatoriais cirúrgicos e clínicos apresentaram variação de -54,4%, -15,3% e -52,6%, respectivamente, entre 2015 e 2019, e redução adicional de -31,1%, -29,1% e -45,5%, entre 2019 e 2020. Outras ações e serviços ambulatoriais e hospitalares vinham em uma crescente e foram muito afetados pela pandemia, com variações de -45,0% na realização de mamografias, -41,7% nos exames hospitalares, -25,9% nos procedimentos clínicos, -34,2% nos procedimentos cirúrgicos hospitalares, além de redução de 36,3% nos transplantes de córnea, medula óssea e órgãos.²¹

20. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

21. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

TABELA 1

Evolução do número de procedimentos realizados (2015-2020) e sua variação no período anterior à pandemia de covid-19 (Δ 2019/2015) e no ano de início da pandemia (Δ 2020/2019)

Procedimentos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Δ 2019/ 2015 (%)	Δ 2020/ 2019 (%)
Ambulatoriais¹								
Ações de promoção e prevenção	626.363.990	591.440.097	524.046.234	307.852.357	285.454.785	196.638.140	-54,4	-31,1
Com finalidade diagnóstica	896.975.590	893.808.477	902.147.124	934.825.045	981.698.536	780.798.873	9,4	-20,5
Mamografias bilaterais								
Total	4.116.674	4.134.549	4.051.682	3.858.628	3.830.650	2.107.849	-6,9	-45,0
Faixa preconizada	2.483.633	2.572.354	2.611.669	2.465.147	2.490.295	1.363.340	0,3	-45,3
Clínicos	1.628.631.382	1.523.111.833	1.523.320.878	1.352.224.305	1.380.264.988	978.031.049	-15,3	-29,1
Cirúrgicos	91.924.743	77.063.218	65.050.155	45.816.725	43.605.115	23.783.055	-52,6	-45,5
Hospitalares								
Com finalidade diagnóstica	22.577	23.730	24.260	26.449	28.326	16.506	25,5	-41,7
Clínicos	7.134.293	6.991.951	7.005.488	7.073.846	7.248.818	5.372.993	1,6	-25,9
Cirúrgicos	4.418.744	4.444.407	4.574.065	4.824.055	4.996.756	3.289.048	13,1	-34,2
Transplantes (córnea, medula óssea e órgãos)	23.668	24.961	27.472	26.522	27.688	17.635	17,0	-36,3

Fonte: Brasil (2021c). Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Para 2020, os dados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)/SUS. Quantidade aprovada por ano de atendimento.

Essa situação produz consequências negativas para o nível de saúde da população, para o bem-estar individual e para o SUS. Passado o auge da crise sanitária, o SUS precisa lidar com uma demanda reprimida elevada e sem recursos financeiros, físicos e humanos suficientes para atender às necessidades de saúde da população. Por essa razão, é possível que se observem retrocessos no estado de saúde dos brasileiros nos próximos anos, caso não haja mudanças nesse cenário.

Em relação à política de saúde, ainda no âmbito da atenção especializada, uma questão que merece destaque, mesmo que anterior ao período analisado neste capítulo, envolve a organização das redes de atenção à saúde (RAS)²² a partir das

22. A rede de atenção à saúde é o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011, art. 2º, inciso VI).

regiões de saúde,²³ a fim de garantir a integralidade da oferta de ações e serviços de saúde nas macrorregiões de saúde.²⁴ A orientação para a reorganização das RAS teve origem em uma resolução da CIT de 2018 e foi inclusa na Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021 (Brasil, 2021d), sendo, portanto, referendada pela atual gestão do MS. Como o planejamento na saúde está sendo guiado para a constituição das RAS a partir das ofertas de ações e serviços de saúde existentes, a fim de garantir a integralidade do atendimento em saúde, o território, no caso da atenção especializada, conformado pelo espaço geográfico de um município ou de um conjunto de municípios, acaba tendo papel secundário nesse processo. Considerando-se que há vazios assistenciais em várias regiões de saúde, o planejamento acaba guiado pela oferta de serviços, deixando em segundo plano o território.

É fácil compreender essa escolha quando se consideram as restrições orçamentárias para a realização de investimentos que ampliem a oferta de serviços no SUS, especialmente por parte do MS, que deveria atuar para a redução das desigualdades, mas que não tem condições de fazê-lo dada a disponibilidade orçamentária cronicamente insuficiente. Contudo, é preciso chamar a atenção para o fato de que, ao se colocar em segundo plano o território no planejamento em saúde, perpetuam-se as desigualdades de oferta de serviços e os problemas de acessibilidade geográfica da população aos serviços especializados.

Em havendo melhores condições de financiamento do SUS, o planejamento orientado pelo território deveria considerar as distâncias médias percorridas pelos pacientes, os custos envolvidos e o tempo gasto para o atendimento especializado, para além da otimização da escala de oferta dos serviços de saúde. Assim, seria possível planejar os investimentos nos territórios com oferta insuficiente, a fim de se promover a acessibilidade geográfica aos serviços de saúde no SUS. Atualmente, o desenho das macrorregiões de saúde se subordina à oferta de serviços existentes e não às necessidades de saúde dos pacientes residentes em determinado espaço geográfico.

Outra questão relevante de política pública no âmbito da atenção especializada diz respeito à polêmica mudança da PNSM. Apesar das fragilidades ainda enfrentadas na área de saúde mental em decorrência da insuficiência do financiamento, da disponibilidade e do desenvolvimento de recursos humanos, e da qualidade da informação produzida pelos serviços, o Brasil era reconhecido internacionalmente pelos progressos feitos nesse campo. A reforma psiquiátrica brasileira, que consistiu na alteração do modelo de atenção à saúde mental centrado no hospital

23. A região de saúde é o "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011, art. 2º, inciso I).

24. As macrorregiões de saúde são constituídas por uma ou mais regiões de saúde.

psiquiátrico (manicômio) para o modelo de base comunitária, caracterizado pela oferta de serviços integrados em rede, na desinstitucionalização dos pacientes e na territorialização do atendimento, baseou-se em fortes evidências científicas sobre a efetividade desse último modelo e obteve apoio majoritário nos meios acadêmico e político, quanto aos seus princípios, objetivos e resultados, tanto no país quanto no exterior (Almeida, 2019).

A despeito do consenso técnico-político e dos avanços alcançados, a partir de 2016, iniciou-se um processo de mudança da PNSM, que chegou até a ser chamado de contrarreforma psiquiátrica, o qual ficou explícito com a publicação da Nota Técnica nº 11, assinada em 4 de fevereiro de 2019 pelo coordenador-geral de saúde mental, álcool e outras drogas do MS (Brasil, 2019b; Almeida, 2019). Em síntese, ainda que essa nota técnica seja tipificada como ambígua e contraditória com relação aos objetivos da PNSM e às ações a serem implementadas para atingi-los, ela não esconde as intenções do governo de retorno ao modelo de atenção à saúde mental centrado em hospitais especializados e, por isso, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) afirmam que as mudanças implementadas pelo governo representam um retrocesso nessa área, especialmente por incentivar a internação psiquiátrica e separar a saúde mental da política sobre álcool e outras drogas. Esses autores também criticam a renovada ênfase ao uso da eletroconvulsoterapia (eletrochoque), uma terapia obsoleta e ineficaz para a maioria dos pacientes nos quais tem sido aplicada, além de ser eticamente questionável.

Na prática, a referida nota técnica apenas sintetiza as mudanças que já vinham sendo implementadas na PNSM por meio de resoluções e portarias do MS e de decretos do Executivo federal, como a ampliação do financiamento para hospitais psiquiátricos e a alocação de recursos para comunidades terapêuticas²⁵ para o tratamento de transtornos relacionados ao uso de álcool e de outras drogas (Santos, 2018). É, contudo, considerada um marco relevante da reversão da trajetória da saúde mental do país nas últimas décadas por deixar claro o propósito do atual governo. Várias instituições se manifestaram contrárias a tais alterações da PNSM porque consideram como certo que elas tornam a atenção em saúde mental menos efetiva e podem ameaçar os avanços obtidos no respeito aos direitos humanos dos pacientes com transtornos mentais (Reis, 2019; Almeida, 2019; Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020).

25. As comunidades terapêuticas são instituições não governamentais que se dedicam ao atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Organizam-se em residências coletivas temporárias. As pessoas que ali ingressam permanecem isoladas e são submetidas a uma rotina rígida "que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, entre outras" (Santos *et al.*, 2017, p. 8). O objetivo do atendimento é de que se abstenham de usar drogas. Com as mudanças recentes na PNSM, as comunidades terapêuticas passaram a ser tratadas como estabelecimentos de saúde, sendo incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na categoria 83 – polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.482/2016, apesar da recomendação em contrário do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020). As comunidades terapêuticas são alvos de inúmeras críticas, principalmente em virtude do atendimento prestado, comumente centrado na realização de práticas religiosas.

3.3 Vigilância em saúde

Quanto à vigilância em saúde, os anos de 2020 e 2021 foram marcados por intensa pressão em decorrência da pandemia de covid-19 e do tenso contexto político nacional. Vários aspectos dessa problemática foram discutidos na edição anterior deste boletim, que analisou a resposta brasileira à pandemia, além das perspectivas para o período pós-covid²⁶ (Ipea, 2021b).

Nessa área, a atuação do SUS foi prejudicada pela politização de questões envolvendo as medidas não farmacológicas de enfrentamento à covid-19 e as vacinas anticovid. Sem uma coordenação adequada por parte do MS, em razão da discordância do presidente da República com relação às medidas consideradas mais efetivas, cientificamente comprovadas, para o enfrentamento da pandemia, os governos estaduais e municipais tiveram que agir mais intensamente para conter a disseminação do vírus, e foram frequentes as orientações dissonantes do chefe do Executivo federal quanto às medidas implementadas pelos governos subnacionais (Ipea, 2021b). Nesta seção, destaca-se a condução do Programa Nacional de Imunização (PNI) pelo MS em 2021, considerando a sua relevância para a nova fase de enfrentamento à pandemia, caracterizada pela administração das vacinas anticovid.

O PNI foi criado em 1973 e é considerado um dos programas mais bem-sucedidos do Brasil. Contribuiu efetivamente para que o país alcançasse resultados significativos no controle de doenças imunopreveníveis e na redução dos casos e mortes por essas doenças (Domingues *et al.*, 2020). É coordenado pelo MS centralizadamente e executado de forma descentralizada pelos estados e municípios, com competências definidas para cada esfera de governo. Ao MS cabe a sua gestão, a decisão sobre a incorporação de novas vacinas ao calendário nacional, o financiamento, a aquisição e a distribuição desses imunobiológicos aos estados. Por sua vez, as secretarias estaduais de saúde são responsáveis pela logística e compra de insumos, tais como seringas, fazendo com que as vacinas e os produtos para a saúde necessários ao processo de imunização cheguem aos municípios, cujas secretarias de saúde mobilizam recursos adicionais para que estes sejam distribuídos às salas de aplicação e as vacinas sejam administradas à população (Guimarães, 2021).

No contexto da crise provocada pelo novo coronavírus, pelo menos quatro grandes desafios foram impostos ao PNI. O primeiro deles diz respeito à falta de empenho do governo federal para a aquisição de vacinas anticovid no segundo semestre de 2020, quando os imunizantes começaram a ser registrados pelas agências

26. Uma vez que, na edição anterior deste boletim, a vigilância em saúde recebeu atenção especial, tendo sido coberto o período até dezembro de 2020, nesta seção, abordam-se os acontecimentos desta área no período de janeiro a novembro de 2021.

de vigilância sanitária de vários países e passaram a ser comercializados. Quando o governo manifestou a intenção de comprar esses produtos, já nos primeiros meses de 2021, por intensa pressão da sociedade, aumentada no contexto do elevado número de óbitos pela doença, os fabricantes não tinham como atender aos pedidos em razão da alta demanda por vacinas. Isso dificultou o planejamento e atrasou o cronograma da campanha de vacinação.

O segundo está relacionado à escassez de vacinas anticovid, requerendo a definição de grupos prioritários e a gestão de estoques de vacinas em consonância com as entregas fracionadas dos fabricantes. O programa ainda não tinha enfrentado uma campanha nacional de vacinação com tamanha escassez de imunizantes. O terceiro desafio diz respeito ao gerenciamento de vacinas distintas, com diferentes esquemas de conservação e administração das doses, demandando maior controle dos locais de aplicação, considerando-se as condições desiguais para armazenamento da vacina, e de registro de pessoas imunizadas com cada produto.

Por fim, o quarto desafio, provavelmente o mais difícil de enfrentar, refere-se ao ambiente político nacional, que permaneceu desfavorável às medidas de saúde pública para o enfrentamento da covid-19 ao longo de 2021. Partiram do governo federal mensagens contraditórias sobre as vacinas e sobre a importância da vacinação, reforçando, por vezes, o discurso antivacina de uma pequena parcela da população. Nessa conjuntura extremamente desfavorável, em que até diretores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foram ameaçados de morte caso houvesse a aprovação do uso de vacinas anticovid para crianças com 5 anos ou mais de idade (Lopes e Vargas, 2021), o PNI perdeu dois coordenadores no mesmo ano, ficando sem o titular da pasta por um longo período (Mattos, Borges e Resende, 2021; Andrade, 2021).

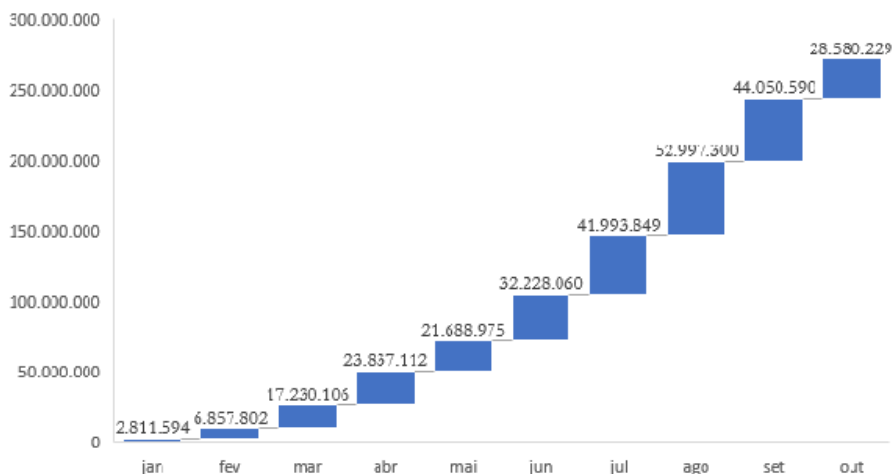
Entretanto, a despeito do desincentivo à imunização, a confiança dos brasileiros nas vacinas não foi significativamente abalada no caso da vacinação contra a covid-19. A adesão à imunização no Brasil sempre esteve entre as mais elevadas na comparação com diversos países. Em estudo realizado em 2019 com os objetivos de mapear as tendências da confiança da população nas vacinas e investigar possíveis barreiras à sua administração, mais de 88% dos brasileiros concordaram com a importância desses produtos na prevenção e no controle de doenças (Figueiredo *et al.*, 2020).

Como mostra o gráfico 1, com o aumento da oferta de imunizantes anticovid no SUS, tanto em número de doses quanto em número de fabricantes, a administração das vacinas cresceu rapidamente, demonstrando o grau de adesão da população a elas, mesmo não tendo sido realizada uma grande campanha nacional em seu favor e havendo grandes obstáculos no início da imunização. Formaram-se longas filas nas unidades de saúde; houve desencontro de informação; falta de sincronia no estabelecimento dos grupos prioritários entre os estados; e falta do imunizante para

atendimento ao público convocado em vários momentos e localidades. Apesar de tudo isso, até outubro de 2021, mais de 272 milhões de doses de vacinas anticovid tinham sido aplicadas no país.²⁷

GRÁFICO 1

Doses de vacinas anticovid aplicadas, segundo o mês de aplicação – Brasil (2021)
(Em 1 dose)



Fonte: PNI/MS. Disponível em: <<https://bit.ly/3tLIVof>>. Acesso em: 8 nov. 2021.

Elaboração dos autores.

Obs.: Gráfico reproduzido em baixa resolução e cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Em termos de cobertura vacinal, ou seja, de proporção da população que foi vacinada, há dificuldades com a transparência das informações. Embora o MS tenha disponibilizado o banco de dados de pessoas imunizadas no Brasil, trata-se de uma base muito grande que requer o uso de *softwares* específicos de estatística para o seu manuseio. Ademais, demanda que os indicadores sejam calculados. O MS não divulgou indicadores de cobertura vacinal com a primeira dose e com o esquema completo das vacinas disponíveis. Tampouco esses indicadores foram disponibilizados no Painel Conass, uma iniciativa do Conass que apresenta de forma consolidada os casos e óbitos por covid-19 por estado, criada para mitigar as dificuldades iniciais de divulgação de dados sobre a doença no Brasil pelo MS (Ipea, 2021b).

Considerando essas dificuldades, o CNS divulgou em seu portal uma página chamada de Vacinômetro,²⁸ que direciona o interessado para os sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde, nos quais são disponibilizadas informações sobre a imunização anticovid nos respectivos estados. Contudo, não há uniformização

27. Ver: <<https://bit.ly/3tLIVof>>. Acesso em: 8 nov. 2021.

28. Disponível em: <<https://bit.ly/3LPuqfU>>. Acesso em: 24 dez. 2021.

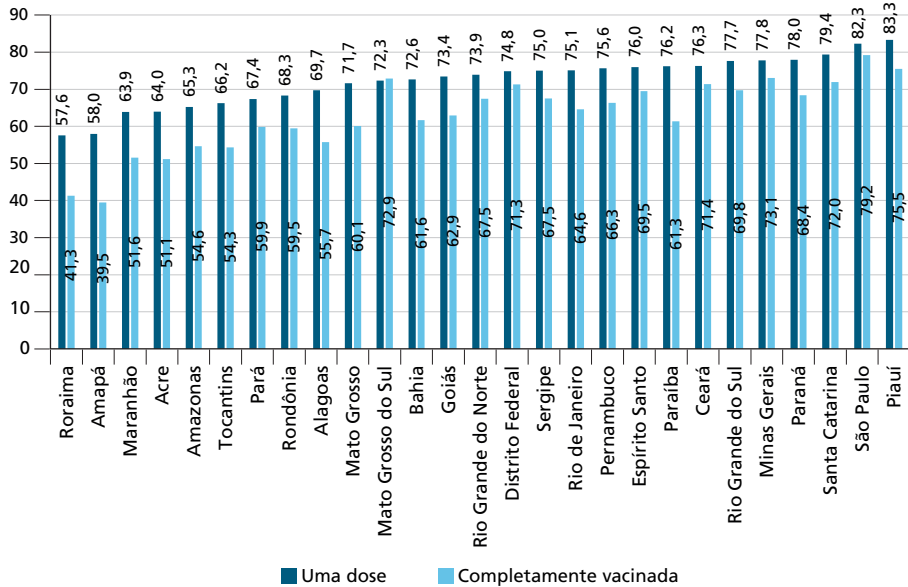
na apresentação dos indicadores pelas secretarias e nem todas elas divulgam a cobertura vacinal contra a doença. Isso ilustra a dimensão das adversidades que a sociedade brasileira tem enfrentado no combate à pandemia.

Essas dificuldades relacionadas à transparência de dados sobre a covid-19 no Brasil também levaram a imprensa nacional a constituir um consórcio para a consolidação e divulgação diária do número de casos e de óbitos pela doença, obtidos diretamente das secretarias estaduais de saúde. Posteriormente, o consórcio passou a divulgar dados da cobertura vacinal por estado.²⁹ Também motivaram a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a criar uma ferramenta de monitoramento da covid-19 no país, que contempla dados sobre a vacinação, que são apresentados no gráfico 2.

GRÁFICO 2

Cobertura vacinal anticovid por estado na população geral (16 jan. 2022)

(Em % da população do estado)



Fonte: MonitoraCovid-19/Fiocruz. Disponível em: <<https://bit.ly/34FA5cw>>. Acesso em: 17 jan. 2022.
Elaboração dos autores.

Obs.: Há inconsistência nos dados de Mato Grosso do Sul. O percentual da população completamente vacinada é maior do que o percentual da população com apenas a primeira dose. Os dados estão apresentados de acordo com a fonte.

O gráfico 2 revela as desigualdades existentes na cobertura vacinal anticovid por Unidade Federativa. Os estados da região Norte estão entre os que apresentam as menores proporções da população geral imunizada. Dificuldades específicas dessa região em razão da grande extensão territorial, baixa densidade demográfica

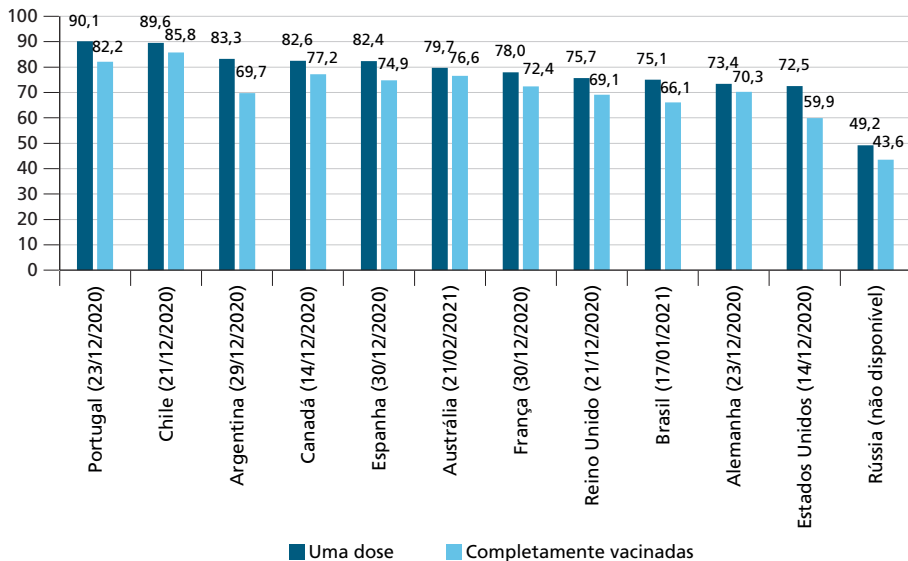
29. Ver: <<https://bit.ly/3GGnUdc>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

e limitação dos meios de transporte podem explicar, em parte, a cobertura vacinal inferior à média nacional. Essa situação constitui um obstáculo importante para o controle da pandemia no Brasil, dada a possibilidade de ocorrência de novas ondas da doença no país e de surgimento de novas variantes do Sars-COV-2.

Analisando-se a situação brasileira em contexto internacional (retrato de 23 de dezembro de 2021), o Brasil se encontrava em patamar semelhante de cobertura vacinal anticovid com a primeira dose que o de países desenvolvidos que iniciaram a imunização mais cedo e que tiveram maior acesso às vacinas desde o início de suas campanhas de vacinação, como mostra o gráfico 3. O país parece caminhar para uma alta cobertura populacional anticovid, ainda que possam existir desigualdades importantes entre os entes da Federação a esse respeito e o ritmo da imunização tenha desacelerado nos dois últimos meses. A vacinação iniciou, como dito anteriormente, de forma lenta em razão da baixa disponibilidade de vacinas e foi ganhando velocidade ao longo dos meses com a diversificação da aquisição de imunizantes. Inicialmente estavam disponíveis a Coronavac, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a empresa chinesa Sinovac, e a vacina Oxford/Astrazeneca, produzida em parceria com a Fiocruz. Posteriormente foram adquiridas as vacinas da Pfizer e da Janssen.

GRÁFICO 3

Proporção de pessoas de países selecionados que receberam uma dose de vacina anticovid e de pessoas completamente vacinadas contra a covid-19 (23 dez. 2021)
(Em % da população total)



Fonte: World Health Organization (WHO). Disponível em: <<https://bit.ly/3gY0sfX>>. Acesso em: 24 dez. 2021.
Elaboração dos autores.

Obs.: O gráfico apresenta as datas do início da imunização em cada país.

O caso da adesão dos brasileiros à imunização anticovid, na contramão do que tem ocorrido para outras vacinas, aporta evidências de que a existência de casos de uma doença na população, especialmente com a gravidade da covid-19, incentiva a busca das pessoas pelos imunizantes. A cobertura vacinal brasileira com vacinas contra sarampo, difteria, coqueluche, meningite e outras doenças foi reduzida nos últimos anos. Especialistas na área têm afirmado que isso, em parte, revela o sucesso do PNI. Com as altas taxas de cobertura vacinal anos atrás, o programa contribuiu para diminuir drasticamente os casos de várias doenças. Nessa situação, as pessoas deixam de perceber a existência da doença e passam a dar menor importância para a vacinação (Guimarães, 2021). Trata-se de um grande desafio a ser enfrentado pelo programa, que é amplificado no contexto político desfavorável à imunização e de circulação de notícias falsas sobre as vacinas.

3.4 Assistência farmacêutica

Em relação à assistência farmacêutica, a mudança na gestão do governo federal não resultou em grandes alterações da política. Mantiveram-se os três componentes da assistência farmacêutica,³⁰ o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS)³¹ e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), ainda que, neste último, dificuldades de ordem técnicas tenham sido relatadas.³² Também tiveram continuidade as atividades de disponibilização de monografias do Formulário Terapêutico Nacional, de promoção ao uso racional de medicamentos e de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), resultando na publicação da Rename 2020.³³

Uma grande alteração nessa área parece ter sido ensaiada em 2021, mas recuou por ter encontrado muita resistência à sua realização. Segundo nota publicada pelo CNS, o MS cogitou a extinção do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), que é a unidade responsável pela implementação,

30. O financiamento da assistência farmacêutica está organizado em três componentes: i) componente básico – engloba medicamentos para uso na APS; ii) componente estratégico – inclui imunobiológicos, hemoderivados, medicamentos para tratamento da influenza (inclusive vacinas), medicamentos constantes no rol dos programas de saúde estratégicos (para tratamento da tuberculose, hanseníase, malária, entre outras doenças) e do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids; e iii) componente especializado – medicamentos, em geral, para doenças raras e crônicas, de alto custo, por meio dos quais se busca garantir a integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, estando as linhas de cuidado definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo MS (Vieira, 2018).

31. O Qualifar-SUS é um programa que tem por objetivo qualificar a assistência farmacêutica por meio da estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, da promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais, da disponibilização de informações para possibilitar o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações de assistência farmacêutica e da inserção da assistência farmacêutica nas práticas clínicas. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

32. O Hórus é um sistema de informação que possibilita a comunicação entre os diferentes estabelecimentos de saúde do município e do estado que realizam serviços farmacêuticos. Por meio dele, pode-se realizar o registro das movimentações de produtos nas centrais de abastecimento farmacêutico e nas farmácias do SUS. Comunicado do MS informa que o Hórus atingiu a sua capacidade máxima de processamento de informações e que é preciso desenvolver uma nova solução tecnológica para atender às necessidades da assistência farmacêutica em âmbito nacional. Ver: <<https://bit.ly/3tZymHF>>. Acesso em: 3 out. 2021.

33. Informações disponíveis em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>> e <<https://bit.ly/2XlKikU>>.

em âmbito nacional, de grande parte das ações previstas na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ainda de acordo com essa nota, as atividades realizadas por esse departamento seriam distribuídas entre outras unidades do MS (Nota..., 2021b). Até outubro desse ano, a proposta não havia se concretizado. Aparentemente, a forte reação do CNS e de outras entidades com atuação nessa área produziu a pressão necessária para dissuadir o ministro da Saúde desse intento. A extinção do DAF poderia produzir grandes perdas para a organização da assistência farmacêutica no SUS, pois foi a partir de sua criação em 2003 que ganharam força as iniciativas para reorientação da assistência farmacêutica no sistema, a fim de deslocar o foco da área dos aspectos da logística de medicamentos para as questões envolvendo o uso racional desses produtos e o cuidado farmacêutico prestado à população, sob a ótica da integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2018b).

Assim, até o momento, a única modificação da política realizada foi em relação ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com a introdução de um critério relativamente tímido de equidade para a alocação de recursos aos municípios. Foram definidos cinco grupos de vulnerabilidade social, tendo por base o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), e valores *per capita* por ano de transferência federal variando de R\$ 6,05 para os municípios com IDHM muito baixo a R\$ 5,85 para aqueles com IDHM muito alto. Houve também atualização da população de referência para cálculo do repasse a cada município, que passou a ser a população estimada pelo IBGE para 2019 (Brasil, 2019c; 2019d).

A população de referência utilizada até então era a estimada para 2016 e o valor *per capita* vigente era de R\$ 5,58 para todos os municípios (Brasil, 2017a). Esse valor corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) equivale a R\$ 6,00 a preços de 2019. Assim, na prática, a alteração do valor *per capita* somente representou ganho real para os 37 municípios classificados na categoria de IDHM muito baixo (R\$ 6,05). Os 1.367 municípios categorizados como de IDHM baixo obtiveram apenas a correção monetária do repasse *per capita* (R\$ 6,00) e os demais municípios (4.166) tiveram aumento do valor de repasse abaixo da inflação do período.³⁴

Em 2019, o gasto do MS com a aquisição de medicamentos que compõem os componentes da assistência farmacêutica foi de R\$ 8,7 bilhões. A despesa foi 27,3% menor que a realizada em 2018 (R\$ 11,9 bilhões a preços de 2019). Com base em Vieira (2021), para o grupo de medicamentos que possuem dose diária definida (DDD),³⁵ a queda do gasto foi de 24,7% entre 2018 e 2019, induzida principalmente

34. O número de municípios por categoria de IDHM encontra-se em Brasil (2019c).

35. A DDD é a dose de manutenção média assumida por dia para um medicamento usado por adultos na sua indicação principal. Para vários medicamentos, não é possível calculá-la, uma vez que a dose é altamente individualizada, ou seja, a quantidade de medicamento administrado varia de paciente a paciente. Este é o caso dos antineoplásicos, para os quais a dose varia substancialmente em função dos diferentes tipos de tumores, da gravidade da doença e em decorrência do uso extensivo da combinação de vários medicamentos no tratamento. Informações disponíveis em: <<https://bit.ly/2Eg8fpr>>.

pela menor quantidade de medicamentos adquirida (-17%). Considerando dados orçamentários, a preços de 2020, a diferença em relação à despesa liquidada pelo MS nos três componentes da assistência farmacêutica em 2020 no que se refere à de 2019 é pequena (-1,2%): passou de R\$ 12,8 bilhões em 2019 para R\$ 12,6 bilhões em 2020. A redução foi maior para as aplicações diretas do MS (-3,9%), passando de R\$ 10,2 bilhões para R\$ 9,9 bilhões. Também houve pequena queda da despesa empenhada, de R\$ 14,9 bilhões em 2019 para R\$ 14,8 bilhões em 2020.

A diminuição da execução orçamentária para medicamentos em 2020 poderia ser atribuída aos efeitos da pandemia de covid-19 sobre os atendimentos no SUS, o que geraria uma redução da demanda por esses produtos. Contudo, relatos sobre a falta de medicamentos cuja responsabilidade de aquisição era do MS, tanto em 2019 (Brasil, 2019e; Falta..., 2019) quanto em 2020 (Brasil, 2020b), desautorizam essa conclusão. Em 2019, uma audiência pública no Senado Federal foi realizada para discutir o desabastecimento de medicamentos no SUS (Gameiro, 2019). Em 2020, o Conass encaminhou ao MS um ofício em que relatava desabastecimento de vários medicamentos que estavam sob a responsabilidade de compra do governo federal. Segundo o Conass, o MS deixou de entregar vários medicamentos na quantidade necessária para atendimento da população em diversos estados (Brasil, 2020b). Além disso, o próprio MS admitiu em seu relatório de gestão que houve crescimento de cerca de 1.400% do gasto em medicamentos já incorporados ao SUS por meio de demanda judicial entre 2019 e 2020, o que reforça a hipótese de desabastecimento de vários desses produtos.³⁶

A seguir, o gráfico 4 apresenta o número de medicamentos com redução ou aumento da quantidade aprovada,³⁷ segundo a esfera de governo responsável por sua aquisição, e o gráfico 5, a mediana da variação percentual dos que tiveram aumento e dos que tiveram redução da quantidade entre 2019/2018 e 2020/2019. Esses gráficos revelam que, nos dois períodos de comparação, houve pouca mudança na quantidade de medicamentos com redução da quantidade física, mas que o número de medicamentos com aumento da quantidade foi maior para o MS, de 59 na comparação 2019/2018 e de 71 na comparação 2020/2019.

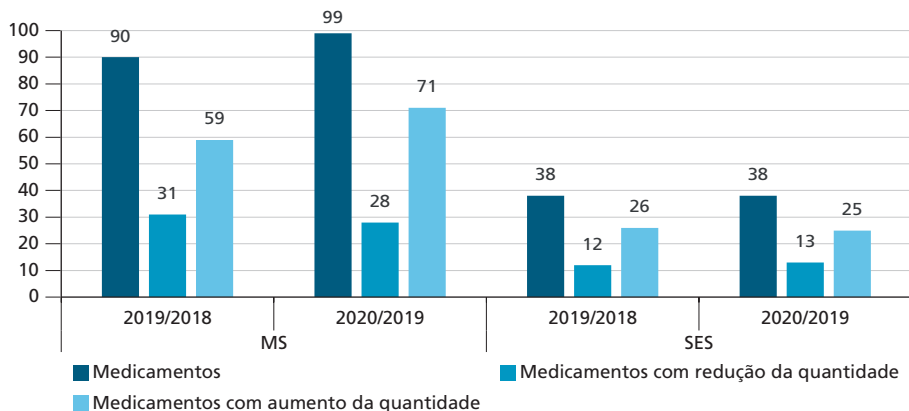
As maiores quedas de quantidade também ocorreram para os medicamentos que estão sob a responsabilidade do MS nos dois períodos (-12,7% e -16,4%). Embora a quantidade aprovada tenha diminuído também para medicamentos adquiridos pelas secretarias estaduais de saúde (SES), com coparticipação no financiamento pelo MS, -4,4% e -7,8%, a magnitude da redução foi maior para o MS. Isso pode ter ocorrido por dificuldades administrativas, mas é muito provável que por dificuldades financeiras dado o contexto geral, de restrição do gasto público.

36. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

37. A quantidade se refere ao número de comprimidos, drágeas, cápsulas, frascos, ampolas etc.

GRÁFICO 4

Número de medicamentos¹ com quantidade aprovada² pelo Ministério da Saúde em dois anos consecutivos, segundo variação da quantidade e responsabilidade pela aquisição



Fonte: SIA/SUS.

Elaboração dos autores.

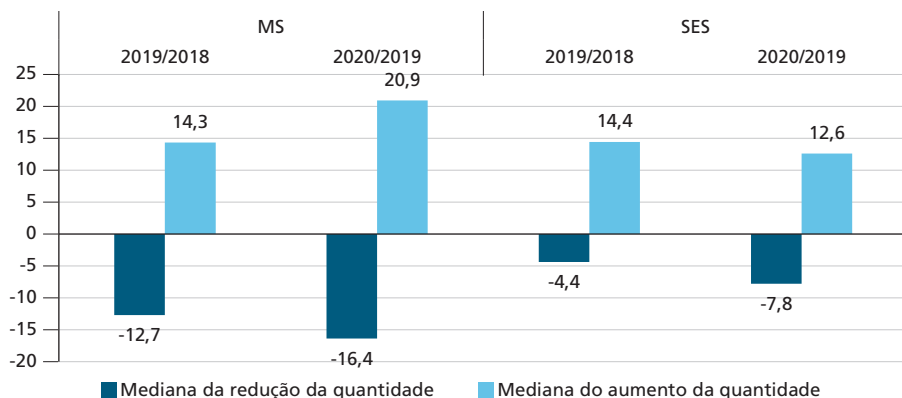
Notas: ¹ Fármacos distintos. Para cada fármaco (princípio-ativo), a verificação do aumento ou da redução da quantidade considerou a média da variação dos medicamentos que o contêm.

² Quantidade aprovada é a quantidade de medicamentos informada pelas SES ao MS, que é por este autorizada para fornecimento direto dos produtos adquiridos centralizadamente às SES ou cofinanciamento federal dos itens que serão comprados pelas SES.

Obs.: 2019 em relação a 2018 e 2020 em relação a 2019.

GRÁFICO 5

Mediana da variação percentual dos medicamentos¹ que tiveram aumento e dos que tiveram redução da quantidade em dois anos consecutivos, segundo a responsabilidade pela aquisição (Em %)



Fonte: SIA/SUS.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Fármacos distintos. Calculou-se inicialmente a média da variação dos medicamentos que contêm o mesmo fármaco (princípio-ativo). Depois se contabilizou a mediana da variação para a lista de fármacos distintos.

Obs.: 2019 em relação a 2018 e 2020 em relação a 2019.

Esses números constituem evidências de que o orçamento federal da assistência farmacêutica está sob grande pressão, especialmente em razão da restrição imposta pelo congelamento da aplicação mínima do MS em ASPS, instituído pela EC nº 95/2016. A disponibilidade de recursos para aumento da contrapartida federal no financiamento do componente básico, do componente especializado, sob a responsabilidade de compra das SES, e para a aquisição de medicamentos pelo próprio MS é limitada pelas necessidades de financiamento dos demais serviços de saúde.

Em sentido inverso ao do gasto, houve aumento da incorporação e da ampliação de uso de medicamentos sob a responsabilidade de financiamento e aquisição do MS, e da centralização da compra no governo federal. De 2016 a 2019, dezesseis medicamentos³⁸ foram incorporados ou tiveram o uso ampliado ou a compra centralizada, passando a constituir a lista do componente estratégico.³⁹ Em 2020, mais quatro medicamentos passaram a integrar esse componente e outros 21 medicamentos foram inclusos ao componente especializado por incorporação ou ampliação de uso.⁴⁰ Não houve relato de desincorporação de medicamentos. Com isso, os medicamentos recém-incluídos disputam recursos com os já incorporados, o que pode resultar em menor disponibilidade financeira para a oferta desses produtos na quantidade necessária.

Quanto ao programa Farmácia Popular, houve aumento de 4% da despesa liquidada pelo MS, passando de R\$ 2,4 bilhões em 2019 para R\$ 2,5 bilhões em 2020 em valores constantes. Entretanto, o valor alocado em 2020 equivale a 69,6% do gasto realizado em 2015 (R\$ 3,6 bilhões a preços de 2020), quando o programa alcançou seu auge em termos orçamentários (Almeida e Vieira, 2020). Desde então, vem sofrendo corte de despesa. Como consequência das restrições implementadas, o número de farmácias credenciadas se manteve quase estável (31.055 em 2019 e 30.988 em 2020) e de beneficiários teve redução de 6,1% (de 21,4 milhões para 20,1 milhões de pessoas no mesmo período).⁴¹

Já em 2021, no contexto do agravamento da pandemia de covid-19, o desabastecimento atingiu os medicamentos para a realização do procedimento de intubação orotraqueal, mas, nesse caso, ocorreu em virtude do número elevado de pacientes internados pela doença e da escassez de anestésicos, sedativos e relaxantes musculares no mercado. Essa situação fez com que a Anvisa flexibilizasse regras relativas ao registro e ao pós-registro desses produtos, a fim de contribuir para a ampliação da oferta (Nota..., 2021a). Criou-se um sistema para identificar a demanda e a oferta desses medicamentos, assim como para facilitar a aquisição

38. Aqui se refere ao produto farmacêutico acabado. Ao fármaco em diferentes apresentações.

39. Informações disponíveis em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

40. Disponível em: <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

41. Para mais informações, acessar: <<https://bit.ly/3l4SvZl>> e <<https://bit.ly/3l4SvZl>>.

pelas secretarias de saúde.⁴² Mas, apesar desses esforços, o risco de desabastecimento desses medicamentos ainda era alto cerca de dois meses após a implementação das medidas de emergência para mitigar o problema (Oliveira, 2021).

3.5 Estratégia de Saúde Digital

Ainda no contexto da pandemia de covid-19, uma iniciativa que ganhou destaque foi a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD), conforme Brasil (2020c). A telessaúde ou telemedicina está relacionada à prestação de serviços de saúde a distância, por meio das novas tecnologias de informação e comunicação, conhecidas como TICs, com enorme potencial para ampliar o acesso da população à saúde.

No Brasil, o Programa Nacional de Telessaúde foi criado em 2007, pela Portaria nº 35 do MS, que foi posteriormente substituída pela Portaria nº 2.546/2011, transformando a iniciativa anterior no Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Atualmente, o programa consta do rol de ações e serviços de saúde do SUS (Brasil, 2017b). Um dos principais objetivos do Telessaúde Brasil Redes era possibilitar a APS em áreas remotas, com o apoio de TICs. O programa visava apoiar a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no SUS, integrando Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio assistencial e era constituído por núcleos estaduais, intermunicipais e regionais, que proporcionariam os seguintes serviços para profissionais e trabalhadores do SUS: i) teleconsultoria; ii) segunda opinião formativa (SOF); iii) tele-educação; e iv) telediagnóstico.

Em 2012, quando havia doze núcleos de telessaúde implantados, a experiência brasileira com o Programa Nacional de Telessaúde tinha uma avaliação positiva, conforme Haddad (2012), que foi coordenadora do programa desde sua criação em 2006 até 2011. Segundo ela, o programa: i) “contribui para a resolução dos casos e diminui a necessidade de referência dos usuários a outros serviços”; ii) “contribuiu para a decisão de profissionais em permanecerem em regiões remotas, diminuindo a sensação de isolamento”; e iii) pela via da SOF, “constitui-se em uma nova forma de compilação do conhecimento científico aplicado”, sendo “útil para subsidiar a produção de conteúdos e a elaboração de cursos na área de atenção primária à saúde” (Haddad, 2012, p. 41).

Em 2015, o MS lançou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS),

com a finalidade de definir os princípios e diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão (Brasil, 2021e).

42. Informações sobre as providências tomadas para enfrentamento da falta de medicamentos para intubação orotraqueal podem ser acessadas em: <<https://bit.ly/3orkrc7>>.

Entre 2017 e 2019, o esforço do MS na área de saúde digital foi no sentido de elaborar uma visão estratégica e um plano de ação, monitoramento e avaliação, culminando na ESD (Brasil, 2020c).

3.5.1 Políticas e programas de saúde digital nos últimos dois anos

Em 2020, o MS publicou o documento sobre a ESD, englobando o programa Conecte SUS, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), a PNIIS de 2015 e o Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil – PAM&A, de 2019-2020 (Brasil, 2020c). A estratégia não traz grande novidade além da consolidação de diretrizes, políticas, portarias e iniciativas já aprovadas no âmbito do SUS.

Da mesma forma que o SUS busca integrar tanto a saúde suplementar quanto a saúde privada, pensa-se também integrar a informação de saúde de organizações públicas e privadas através da RNDS, que seria uma “plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil, em benefício de usuários, cidadãos, pacientes, comunidades, gestores, profissionais e organizações de saúde” (Brasil, 2020c, p. 20).

A ESD apresenta uma “visão estratégica” de saúde digital que se baseia em um Plano de Ação de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 com três eixos de ação e sete prioridades. Os eixos de ação são:

- ações do MS para o SUS, baseadas no programa Conecte SUS, fortalecendo as iniciativas da RNDS e do Informatiza APS para conectar todas as unidades de saúde;
- definição de diretrizes para colaboração, estabelecendo a liderança, a governança, os investimentos e a regulação para o funcionamento da RNDS; e
- implantação do espaço de colaboração, englobando tecnologia, modelos, serviços, métodos e conhecimentos para o desenvolvimento da ESD, incluindo os diversos atores públicos e privados.⁴³

As prioridades do plano de ação, por sua vez, são:

- governança e liderança para a ESD, via MS, com a colaboração de todos os demais atores;

43. Entre estes, além do governo federal, o CNS, a CIT, o Conass, o Conasems, as secretarias que compõem as áreas de negócio do MS, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), a Anvisa e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), assim como todos os demais atores relevantes, secretarias estaduais e municipais de saúde, prestadores de serviços, fontes pagadoras, associações e conselhos profissionais, universidades e centros de formação, órgãos de controle e de defesa do consumidor, até as associações de pacientes e os cidadãos individuais.

- informatização dos três níveis de atenção, com adoção de prontuários eletrônicos e sistemas de gestão hospitalar;
- suporte à melhoria da atenção à saúde, com difusão de melhores práticas por meio da telessaúde e de aplicativos;
- usuário como protagonista, com a promoção de hábitos saudáveis e auxiliando na construção dos sistemas de informação;
- formação e capacitação de recursos humanos, fortalecendo a informática em saúde como área de pesquisa e como profissão;
- ambiente de interconectividade via RNDS; e
- ecossistema de inovação, um laboratório de inovação aberta.

3.5.2 Telessaúde na pandemia e as limitações e problemas com a telemedicina

Na atualidade, são 23 os núcleos do programa Telessaúde Brasil Redes em funcionamento.⁴⁴ A pandemia de covid-19 aumentou o interesse na telemedicina, intensificou seu uso e estimulou o debate a respeito do uso das novas TICs em saúde pública. Segundo Maldonado e Cruz (2021, p. 182), “programas de telemedicina passaram a ter grande relevância na rotina do SUS e nos hospitais privados, operadoras de planos de saúde e clínicas particulares”.

Maldonado e Cruz (2021) destacam ainda que, no âmbito público, em abril de 2020 foi criado o TeleSUS, e já em junho do mesmo ano, segundo a Casa Civil, 73 milhões de pessoas haviam utilizado o serviço, dos quais 25 milhões conseguiram concluir o atendimento, que inclui ligações para o Disque Saúde (136), perguntas pelo *chat* da página eletrônica do MS ou pelo aplicativo Coronavírus SUS e busca ativa. Via “disponibilização de linha telefônica que pode ser acessada 24 horas ou realização de consultas por meio de videoconferências com equipes de hospitais de excelência” (Maldonado e Cruz, 2021, p. 183), o projeto Tele-UTI também teria se destacado entre as iniciativas do MS. Embora esses números pareçam exagerados, é inegável que os atendimentos em telessaúde cresceram significativamente durante a pandemia de covid-19.

Também no âmbito privado a oferta de serviços de telemedicina aumentou durante a pandemia, tanto em relação a hospitais de referência, como o Israelita Albert Einstein e o Sírio-Libanês, quanto em relação a seguradoras e operadoras de planos privados de saúde (Maldonado e Cruz, 2021).

44. Incluindo os núcleos estaduais de Acre, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Pernambuco, Tocantins, Sergipe, Roraima, Espírito Santo, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia, Ceará e Amazonas; o Núcleo de Telessaúde Indígena, o Núcleo do Município de São Paulo e o Núcleo de Telessaúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), em Recife. Disponível em: <<https://bit.ly/354e5b8>>.

Os crescentes custos da saúde pública podem ser um estímulo e mostrar uma vantagem do advento da telessaúde e da telemedicina no Brasil. No entanto, há desafios e incertezas para o país que permanecem e que serão rapidamente mencionados a seguir (Maldonado e Cruz, 2021).

- Regulação da prestação de serviços de teleconsulta, antes vedados pelo Conselho Federal de Medicina, mas agora emergencialmente autorizados.
- Segurança do paciente com relação à qualidade do serviço de saúde recebido e aos dados coletados e compartilhados.
- Infraestrutura para conectividade, incluindo também os temas de nível educacional e familiaridade com a vida digital dos potenciais usuários, assim como o acesso restrito à telefonia móvel e à internet de enormes camadas da população.
- Disponibilidade de recursos financeiros, humanos e materiais para avançar na telemedicina (Maldonado e Cruz, 2021).

Em uma outra ordem de questionamentos, o tema da saúde digital e da revolução das TICs colocam sobre a mesa a discussão da chamada “medicina de dados”, em contraposição à medicina clínica, debate que não deixa de ser importante quando a preocupação é com a saúde coletiva e a democratização do acesso integral e universal ao sistema de saúde pública (Sobrinho, 2021).

3.6 Execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde

Em relação à execução orçamentário-financeira do MS, houve expansão das despesas com ASPS em 2020, ano marcado pela pandemia de covid-19, para garantir o financiamento do tratamento da infecção, principalmente com o aumento das internações hospitalares. Na vigência do teto de gastos do governo federal e do congelamento do piso de ASPS desde 2017 (EC nº 95), com valores corrigidos somente pela inflação, o Congresso Nacional aprovou o chamado Orçamento de Guerra por meio da EC nº 106, de 7 de maio de 2020. Trata-se de uma flexibilização fiscal sem precedentes, com um orçamento livre das restrições previstas na legislação, para financiar a resposta emergencial à tripla crise – sanitária, social e econômica – gerada pela pandemia (Orair, 2021). Em 2020, de um orçamento autorizado de R\$ 635,5 bilhões (dos quais R\$ 520,6 bilhões foram pagos), R\$ 64,2 bilhões foram destinados ao MS (10% do total).

Em 2020, o MS empenhou R\$ 161,0 bilhões em ASPS, dos quais R\$ 42,2 bilhões foram provenientes de créditos extraordinários aprovados por meio de medidas provisórias (MPs) e R\$ 118,8 bilhões de outras ações do orçamento ordinário, valor R\$ 2,4 bilhões inferior ao piso constitucional (EC nº 95), que foi de R\$ 121,2 bilhões (tabela 2). O crédito extraordinário de R\$ 20 bilhões da

MP nº 1.015, alocado à compra de vacinas, foi aprovado somente em 17 de dezembro e, por isso, não foi utilizado em 2020, tendo sido destinado para execução em 2021.

TABELA 2
Piso de ASPS, despesa empenhada e despesa paga, incluindo restos a pagar pagos do Ministério da Saúde
(Em R\$ 1 milhão)

Descrição	Despesa empenhada	Despesa paga + RPs pagos
2020 MS ASPS	160.985	158.670
2020 exceto pandemia	118.812	119.181
2020 créditos extraordinários pandemia	42.173	39.489
Ação 21CO pandemia	41.757	39.404
Outras ações	416	85
Aplicação exceto pandemia acima do piso	-2.429	n.a.

Fontes: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – Siop (disponível em: <<https://bit.ly/3loXgGg>>) e Boletim Cofin de 4 de março de 2021 (Funcia, Benevides e Ocké-Reis, 2021), referente à execução orçamentária de 2020.

Obs.: n.a. – não aplicável; RPs – restos a pagar.

O piso do MS para ASPS em 2021, de R\$ 123,2 bilhões, é o menor dos últimos anos se considerada a inflação (tabela 3). A regra de correção do piso de ASPS pela inflação passada (IPCA dos doze meses acumulados até junho do ano anterior) reduz seu valor real em um cenário de aceleração do nível de preços, como é o caso de 2021. Em comparação com o piso de 2016, a redução real do piso ASPS em 2021 foi de 6,3%.

TABELA 3
Piso de ASPS, despesa empenhada e despesa paga, incluindo restos a pagar pagos do Ministério da Saúde (2016-2020)
(Em R\$ 1 milhão)

Ano	R\$ 1 milhão correntes			R\$ 1 milhão de 2021 (IPCA médio)		
	Piso de ASPS	Despesa empenhada	Despesa paga + RPs pagos	Piso de ASPS	Despesa empenhada	Despesa paga + RPs pagos
2016	106.489	106.236	107.019	132.125	131.810	132.782
2017	109.088	114.701	107.386	130.840	137.571	128.799
2018	112.359	116.821	117.580	129.999	135.161	136.040
2019	117.293	122.270	123.598	130.824	136.375	137.855
2020	121.241	160.985	158.670	131.019	173.968	171.466
2021	123.827	-	-	123.827	-	-

Fonte: Siop. Disponível em: <<https://bit.ly/3loXgGg>>.

Elaboração dos autores.

Obs.: Correção pela variação média anual do IPCA. Para estimar o índice médio de 2021, foi utilizada a estimativa do boletim *Focus: Relatório de Mercado*, do Banco Central do Brasil, de 25 de outubro de 2021, de inflação acumulada de 8,96% em 2021. O IPCA para os meses de outubro a dezembro foi estimado pela média geométrica da diferença entre a estimativa para o ano e o índice acumulado até setembro (6,90%).

Outra questão importante diz respeito ao financiamento das ASPS por emendas parlamentares (EPs). O ano de 2020 registrou mais um aumento da participação das EPs no orçamento executado em ASPS, passando de R\$ 6,8 bilhões em 2019 (5,5%) para R\$ 12,3 bilhões em 2020 (7,7%). Para 2021, o valor autorizado até 28 de agosto era de R\$ 15,6 bilhões, sendo quase metade (46,6%) de emendas de relator (RP 9), conforme a tabela 4.

TABELA 4
Execução de emendas parlamentares de ASPS do Ministério da Saúde (2016-2021)
(Em R\$ 1 milhão)

Ano	EPs/total ASPS (%)	Total de EPs (A + B + C)	PO e RP (6 a 9) de emenda (A)	PO de emenda (B)	RP (6 a 9) de emenda (C)	Total de ASPS
2016 empenhado	7,1	7.565	3.793	3.772	-	106.236
2017 empenhado	7,3	8.324	4.955	3.369	-	114.701
2018 empenhado	7,5	8.729	5.476	3.253	-	116.821
2019 empenhado	5,5	6.753	6.669	84	-	122.270
2020 empenhado	7,7	12.318	-	43	12.275	160.985
2021 autorizado	8,7	15.571	-	-	15.571	177.984

Fontes: Siop (disponível em: <<https://bit.ly/3loXgGg>>) e Siga Brasil (disponível em: <<https://bit.ly/3p9U7CN>>).
Elaboração dos autores.

Obs.: PO – plano orçamentário. O PO é uma identificação orçamentária, de caráter gerencial (não constante da Lei Orçamentária Anual – LOA), que tem por finalidade permitir um maior detalhamento da ação orçamentária. Os RPs são as despesas com compromisso de utilização no orçamento, mas que não foram pagas até 31 de dezembro do ano em que foram empenhadas.

A execução de despesas do MS em ASPS por EP tem crescido desde a aprovação do orçamento impositivo. Contudo, ao contrário do que se poderia supor inicialmente, esse crescimento não se deve especificamente ao aumento da execução das EPs individuais e de bancada, em virtude da obrigatoriedade de sua execução. Houve também ampliação das despesas por emendas de relator, o que revela que o governo federal está renunciando à parte de seu poder de decisão na alocação de recursos (Piola e Vieira, 2019).

De forma geral, preocupa a alta execução de despesas em ASPS por EP por duas razões principais. A primeira é que elas são contabilizadas no gasto mínimo em saúde do MS, que está congelado, e têm potencial elevado para ignorar critérios técnicos na alocação dos recursos. Nessa situação, pode-se ampliar as desigualdades de oferta de serviços entre os entes da Federação por causa da transferência de recursos federais sem a consideração desses critérios. A segunda razão é a falta de transparência na alocação dos recursos das emendas de relator, o que tem sido chamado de orçamento secreto, uma vez que não é possível

identificar nos sistemas de planejamento e orçamento do governo federal quem é o parlamentar responsável pela destinação dos recursos e tampouco quem é o favorecido por eles. Até 23 de novembro, o orçamento federal autorizado para as emendas de relator era de R\$ 16,87 bilhões, dos quais R\$ 7,51 bilhões (44,5%) no MS. O pagamento dessas emendas pelo governo federal totalizou R\$ 3,85 bilhões até essa data, dos quais 90,5% (R\$ 3,48 bilhões) no orçamento da saúde (Funcia e Benevides, 2021).

Essa prática foi questionada por alguns deputados no Supremo Tribunal Federal (STF), que decidiu pela suspensão do pagamento das emendas de relator em caráter liminar (STF, 2021). Em novembro de 2021, alguns parlamentares buscavam uma saída para essa suspensão, tendo sido defendida a ideia de se dar transparência à execução futura desse tipo de emenda. Isso, é claro, não resolve o problema da falta de transparência para o processo como um todo, que vem ocorrendo já há alguns anos. Ademais, revela que não há interesse em que venham à luz os atos administrativos recentes envolvendo a alocação de recursos públicos por essa via, o que vai de encontro aos preceitos constitucionais relacionados à gestão da coisa pública. Ao fim, em dezembro de 2021, a suspensão foi afastada pelo Plenário do STF,⁴⁵ que determinou, ainda, no que couber, a observância das regras do Ato Conjunto das Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal nº 1/2021,⁴⁶ e a Resolução nº 2/2021-CN.⁴⁷ Essas regras dizem respeito basicamente à publicação da lista de emendas de relator aprovadas em 2020, 2021 e no futuro.

Quanto à análise da execução orçamentárias do MS por modalidade de aplicação, verifica-se aumento da participação das transferências fundo a fundo para municípios (modalidade de aplicação 41) de 45,4%, em 2016, para 49,1%, em 2019, e 51,2%, em 2020. Em 2020, as transferências para combate à pandemia para estados e municípios foram de R\$ 33,1 bilhões na ação 21C0, e a baixa execução orçamentária em aplicações diretas no combate à pandemia reduziu esse percentual para 26,3%, ampliando a participação de estados e municípios na despesa total em ASPS. Já em 2021, o valor autorizado para aplicações diretas decorrente principalmente da compra de vacinas aumenta essa participação para 36,7% das despesas autorizadas de ASPS (gráfico 6).

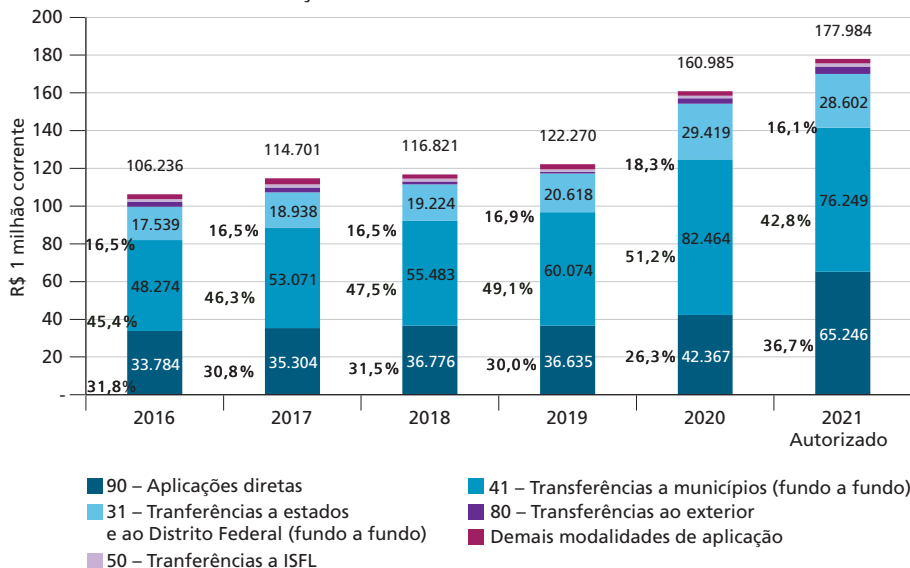
45. Ver a decisão do STF em: <<https://bit.ly/33J0WmQ>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

46. Disponível em: <<https://bit.ly/3lblZfN>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

47. Ver: <<https://bit.ly/3Agzs4s>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

GRÁFICO 6

Execução orçamentária em ASPS por modalidade de aplicação, despesa empenhada de 2016 a 2020, e dotação autorizada em 2021 do Ministério da Saúde



Fontes: Siop (disponível em: <<https://bit.ly/3loXgGg>>) e Siga Brasil (disponível em: <<https://bit.ly/3p9U7CN>>).
Elaboração dos autores.

Obs.: ISFL – instituições sem fins de lucro.

Com relação à despesa empenhada por grupos de natureza de despesa (GND), destaca-se a redução da despesa com pessoal (GND 1), de R\$ 9,7 bilhões em 2016 para R\$ 8,1 bilhões em 2020, mesmo valor autorizado para 2021 (tabela 5). Em termos reais, a redução foi de 27,4% entre 2016 e 2020, enquanto a despesa com inativos aumentou 9,6% no mesmo período. Esses números sinalizam aumento da aposentadoria de servidores, sem reposição da força de trabalho no MS, o que é algo preocupante para a gestão da política de saúde em âmbito nacional.

TABELA 5

Execução orçamentária em ASPS por GND, despesa empenhada de 2016 a 2020, e dotação autorizada em 2021 do Ministério da Saúde
(Em R\$ 1 milhão corrente)

Ano	1 – Pessoal	3 – Outras despesas correntes	4 – Investimentos	5 – Inversões financeiras	Total de ASPS
2016	9.694	91.982	4.379	180	106.236
2017	10.007	98.713	5.981	0	114.701
2018	9.559	103.076	4.187	0	116.821
2019	9.021	109.764	3.481	4	122.270
2020	8.081	147.462	5.442	0	160.985
2021	8.107	165.236	4.642	0	177.984

Fonte: Siop. Disponível em: <<https://bit.ly/3loXgGg>>.

A tabela 6 demonstra a execução de RPs do MS. A inscrição de RPs apresentou percentuais crescentes até 2018, quando chegou a equivaler a 17,4% do valor empenhado no ano, e decorre da baixa execução do ano anterior, o primeiro da vigência do teto de gastos. A partir de 2018, os RPs pagos no ano se mantiveram em percentuais inferiores a 60% do valor inscrito no início do ano.

TABELA 6

Execução orçamentária de restos a pagar em ASPS do Ministério da Saúde (2016-2020)
(Em R\$ 1 milhão corrente)

Ano	Empenhado	Pago	RP inscrito	RP pago	RP inscrito/valor empenhado no ano (%)	RP pago/RP inscrito (%)	Pago + RP pago em porcentagem do empenhado (%)
2016	106.236	98.684	14.488	8.057	13,6	55,6	100,5
2017	114.701	100.579	13.138	6.016	11,5	45,8	92,9
2018	116.821	105.053	20.351	11.886	17,4	58,4	100,1
2019	122.270	111.253	18.391	10.875	15,0	59,1	99,9
2020	160.985	147.386	17.436	10.401	10,8	59,7	98,0

Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <<https://bit.ly/3p9U7CN>>.

3.7 Saúde suplementar

Após uma década de expansão da taxa de cobertura populacional por planos e seguros privados de saúde, que saiu de 24,6% em 2003 e atingiu 27,9% em 2013 (IBGE, 2005; 2015), a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 apontou para uma modesta alteração desta taxa entre 2013 e 2019, quando foi estimada em 28,5% (IBGE, 2020b). Também não houve alterações no perfil dos beneficiários: a população coberta continua concentrada em grandes centros urbanos, nas regiões Sul e Sudeste, entre aqueles com melhor nível socioeconômico e os que possuem algum vínculo de trabalho formal (Souza Júnior *et al.*, 2021).

Os dados da ANS apresentados na tabela 7 mostram que a relativa estabilidade da taxa no período foi possível graças ao crescimento dos planos exclusivamente odontológicos: houve um decréscimo de quase 3,5 milhões no número de beneficiários com cobertura para assistência médica (com ou sem odontologia), que afetou todos os tipos de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão) e é resultante da crise econômica que teve início em 2014. Em contrapartida, no mesmo período, o número de beneficiários cobertos por planos exclusivamente odontológicos aumentou em mais de 6 milhões. A explicação comumente apresentada para o melhor desempenho relativo dos planos exclusivamente odontológicos, mesmo em tempos de crise econômica, é o baixo preço destes produtos. Os dados também mostram que o ano de 2020 marca a

retomada do crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica e uma redução no ritmo de crescimento dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

TABELA 7
Planos de saúde: beneficiários

Competência	Assistência médica					Exclusivamente odontológicos
	Total	Individual ou familiar	Coletivo empresarial	Coletivo por adesão	Outros	
Junho de 2021	48.238.888	8.954.539	32.953.878	6.295.380	61.766	27.762.867
Dezembro de 2020	47.606.713	9.044.645	32.212.804	6.302.109	66.805	26.781.723
Dezembro de 2019	47.040.146	9.036.920	31.763.020	6.188.749	85.609	25.800.521
Dezembro de 2018	47.108.833	9.125.625	31.746.490	6.163.314	96.692	24.224.232
Dezembro de 2017	47.134.031	9.224.302	31.550.539	6.233.674	141.341	22.359.220
Dezembro de 2016	47.673.515	9.452.636	31.702.630	6.352.153	176.663	21.171.446
Dezembro de 2015	49.279.085	9.735.173	32.791.644	6.535.645	216.623	20.780.720
Dezembro de 2014	50.531.748	9.916.135	33.620.708	6.696.606	298.299	20.081.836
Dezembro de 2013	49.491.826	9.868.948	32.623.021	6.605.950	393.907	19.561.930
Dezembro de 2012	47.846.092	9.720.081	31.028.436	6.568.715	528.860	18.538.837
Dezembro de 2011	46.025.814	9.560.381	28.875.047	6.628.098	962.288	16.669.935

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) da ANS/MS, com dados tabulados a partir de: <<https://bit.ly/3t1qxBY>>. Obs.: O termo beneficiário refere-se a vínculos, sendo que uma mesma pessoa pode ter vários vínculos.

Uma questão relevante do segmento de planos e seguros de saúde diz respeito à atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde. De acordo com o Relatório Anual de Gestão Exercício 2019 (RAG-2019) da ANS, no ano em questão passou a vigorar um novo protocolo administrativo para o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/1998, e foram estabelecidas parcerias com instituições para a avaliação de tecnologias em saúde, as quais elaborarão pareceres técnico-científicos que embasarão as recomendações de incorporação de tecnologias (ANS, 2020). O novo protocolo começou a ser aplicado em agosto do mesmo ano e estava previsto para acabar em maio de 2020. Contudo, ainda em março, a pandemia obrigou a inclusão do exame de detecção do coronavírus no rol de procedimentos – Resolução Normativa nº 453, de 20 de março de 2020. Atualmente, o processo de atualização do rol de procedimentos passou a ser contínuo e não mais restrito a um período predeterminado.⁴⁸

48. Ver: <<https://bit.ly/3nz4fV3>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

Posteriormente foram inclusos exames auxiliares para diagnóstico e tratamento e exames sorológicos, sendo que a cobertura do tratamento aos pacientes com a covid-19 já era assegurada aos beneficiários de planos de saúde, respeitando a segmentação do plano contratado (ambulatorial, hospitalar). Segundo a ANS, a mudança do protocolo dará mais visibilidade à metodologia utilizada e ao processo de tomada de decisão pela agência, permitindo o aumento da participação da sociedade. Assim sendo, o novo protocolo pode contribuir para diminuir o que alguns autores chamam de *deficit* democrático existente na tomada de decisões da agência, pois os interesses de operadoras e provedores costumam prevalecer (Salinas e Martins, 2018; Leurquin e Manacés, 2020). Também pode ser instrumental nesse sentido o programa Parceiros da Cidadania, lançado em 2003, que tem como objetivo a atuação articulada com órgãos e entidades que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor. De acordo com o RAG-2019, a ANS possuía, ao final do ano, 33 acordos de cooperação técnica vigentes, assinados com tribunais de Justiça, ministérios públicos, defensorias públicas, Procons, entre outros, no âmbito do programa.

Em 2019, também foi calculado o primeiro Índice de Reajuste dos Planos Individuais (Irpi), nova metodologia de reajuste definida em 2018 pela ANS que leva em conta o Índice de Valor das Despesas Assistenciais (IVDA), o qual mede as variações nos custos das operadoras, e a inflação mensurada pelo IPCA (ANS, 2021b). Em 2020, com a chegada da pandemia e a implementação de medidas para evitar a disseminação do coronavírus, houve queda na utilização de cuidados médicos considerados não urgentes e o IRPI referente ao ano foi calculado em -8,19%, o que gerou contestações por parte das operadoras, que alegam erro da ANS na aplicação da fórmula acordada. A ANS, contudo, manteve o reajuste e a questão foi levada à justiça pela Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge (Justiça..., 2021). Quanto aos planos coletivos, que correspondem a mais de 75% dos vínculos⁴⁹ existentes, seus reajustes, que são negociados diretamente entre as operadoras e os contratantes, foram suspensos em 2020, mas foram cobrados acumuladamente em 2021.

Devido à pandemia, a ANS também decidiu prorrogar os prazos máximos para realização dos atendimentos demandados e incentivar o uso da telemedicina, com o objetivo de reduzir a sobrecarga das unidades de saúde e contribuir para o respeito às regras sanitárias adotadas. Também foram flexibilizadas as regras para o registro e a acreditação das operadoras, prorrogados os prazos para envio de informações obrigatórias e de respostas a processos e amenizadas as exigências para utilização do capital de reserva (ANS, 2021a). Todas estas medidas embutem

49. Normalmente, fala-se em beneficiários, mas isso pode gerar confusão porque o indicador usa o número de vínculos a planos de saúde e uma mesma pessoa pode ser beneficiária, isto é, vinculada a mais de um plano de saúde.

dificuldades para o trabalho regulador da ANS. Assim, espera-se que a agência intensifique as atividades fiscalizatórias para evitar que sejam instituídas operadoras sem estrutura para prestar serviços qualificados, que os recursos reservados sejam mal utilizados e que sejam afrouxados os deveres legais das operadoras e a aplicação das penalidades previstas.

Em que pese o aumento do número de operadoras que tiveram suas circunstâncias econômico-financeiras analisadas e a criação de um instrumento de monitoramento diário da entrada de demandas relacionadas à covid-19 e à Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), instrumento eletrônico utilizado para intermediar os conflitos existentes entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, a agência foi obrigada a lidar com questões relacionadas aos cuidados médicos dispensados a pacientes com problemas respiratórios por algumas operadoras. Em janeiro de 2020, a ANS começou a receber reclamações contra algumas seguradoras, que incluem a prescrição do denominado “*kit covid*” para tratamento de segurados. As seguradoras que mais sofreram reclamações foram a Hapvida, a Prevent Senior e a Unimed.⁵⁰

O caso mais emblemático é o da Prevent Senior. A operadora enfrenta, desde o início da pandemia, alegações de que tem prescrito hidroxiquina, azitromicina e ivermectina, medicamentos que compõem o *kit covid*, para seus beneficiários, mesmo quando não havia confirmação da doença, tanto no tratamento hospitalar quanto no tratamento ambulatorial. A decisão fundamentou-se em estudo publicado em formato de pré-artigo em abril de 2020, que alega que o uso da combinação de hidroxiquina com azitromicina em pacientes com sintomas leves de infecção por coronavírus reduz o risco de internações (Esper *et al.*, 2020).⁵¹ Nesse contexto, isso foi usado como argumento para recomendação do tratamento precoce de modo generalizado pelos provedores da operadora. Contudo, o uso destas intervenções farmacológicas é questionado desde o início da pandemia por não respeitarem o binômio eficácia-segurança na adoção de tratamentos de saúde.

Atualmente, as evidências acumuladas já permitem afirmar que os questionamentos eram procedentes. Por exemplo, em uma revisão sistemática da literatura sobre o uso de cloroquina e hidroxiquina no tratamento da covid-19, Lima *et al.* (2021) concluem que não existem evidências de que estes medicamentos

50. Ver: <<https://bit.ly/3rGsSjA>>. Acesso em: 14 dez. 2021.

51. Existem sérias questões éticas a respeito do estudo publicado no pré-artigo. O pré-artigo foi publicado apenas três dias após ser aprovada uma pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) com protocolo idêntico ao descrito nele, onde inclusive consta seu número de aprovação (Rodrigues e Paulo, 2021), sugerindo que a pesquisa começou antes de ser aprovada. Também existem alegações de que o protocolo proposto não foi seguido, os pacientes não foram informados sobre sua realização, não houve confirmação de que os participantes do estudo tinham covid-19, apenas sintomas de gripe, e foram ocultadas mortes para demonstrar a eficácia do tratamento precoce. Representantes da Prevent Senior alegam que o artigo pré-publicado não tem relação com a pesquisa aprovada, tratando-se de dados dos atendimentos realizados por médicos da operadora, e que a atribuição do número de aprovação do protocolo foi um erro (Vidale, 2020).

funcionem como tratamento precoce contra a doença, e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) afirma que

alguns medicamentos foram testados e não mostraram benefícios clínicos na população de pacientes hospitalizados, não devendo ser utilizados, sendo eles: hidroxicloroquina ou cloroquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir, colchicina e plasma convalescente. A ivermectina e a associação de casirivimabe mais imdevimabe não possuem evidência que justifiquem seu uso em pacientes hospitalizados, não devendo ser utilizados nessa população (Conitec, 2021, p. 12).

Apesar das reclamações recebidas e do aumento de denúncias por meio da imprensa, a ANS demorou a tomar providências alegando que não pode interferir na prática médica. Entretanto, médicos que trabalham ou trabalharam para a operadora apresentaram um dossiê à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia declarando que eram forçados a receitar o *kit* covid e que declarações de óbitos emitidas não listavam a covid-19 como causa principal ou secundária, sendo os prontuários correspondentes adulterados. Após a divulgação do dossiê, a agência resolveu abrir investigações sobre o que considera ser de sua alçada: se a autonomia dos médicos foi restrita pela operadora e se os pacientes foram devidamente informados dos riscos envolvidos no uso dos medicamentos do *kit* covid que foram prescritos (Mensagem..., 2021). Além disso, foi instaurado regime de direção técnica na operadora. O regime é um acompanhamento com análises permanentes de informações e definição de metas a serem cumpridas pela operadora (ANS, 2021c).

Essa mudança de atitude leva a questionamentos a respeito dos limites da atuação da agência nestes casos. Como dito anteriormente, a ANS usou como um dos argumentos para sua demora em verificar melhor o que estava acontecendo nos hospitais da Prevent Senior a impossibilidade de interferência na prática médica. Parece existir consenso que essa é uma atribuição dos conselhos de medicina. Contudo, a lei de criação da ANS – Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 – declara, em seu art. 4º, que compete à ANS:

- V – estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- XV – estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XXIV – exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXVII – fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXXVI – articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; e

XXXVII – zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar (Brasil, 2000).

Isso leva a crer que assegurar a segurança e a efetividade do tratamento oferecido aos pacientes, que compõem a qualidade da assistência prestada, faz parte das atribuições da agência. Nesse sentido, o presidente da ANS informou à CPI da Pandemia que, além do regime de direção técnica, também foi instaurado “processo administrativo para identificar anormalidades na assistência prestada pela Prevent Senior” (Brasil, 2021f, p. 930).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado e discutido neste capítulo, a área da saúde no governo federal foi bastante tensionada nos últimos anos, tanto em virtude de reformas realizadas em políticas importantes, como as de atenção básica e de saúde mental, quanto em virtude de exigências de infraestrutura física, de recursos humanos e de tecnologias para o enfrentamento da covid-19 em um contexto político turbulento.

Entretanto, a despeito dos embaraços discutidos neste capítulo, o SUS revelou a sua força. A vacinação contra a covid-19, por exemplo, acelerou na medida da disponibilidade de vacinas, explicitando a importância da capilaridade e da construção federativa desse sistema, que conta com mais de 36 mil salas de vacina em todo o país (Domingues *et al.*, 2020). Em meio a tantos obstáculos, ele foi capaz de responder à pandemia de forma satisfatória, mesmo que com muita dificuldade em algumas localidades.

O SUS mostrou-se bastante resiliente e conquistou amplo reconhecimento de sua importância em meio à crise sanitária. Aparentemente, houve maior reconhecimento por parte da população e de formadores de opinião na mídia brasileira de sua relevância estratégica não só para a saúde pública, mas também como instrumento de justiça social. Isso por si só não ajuda a solucionar os grandes problemas históricos que o sistema enfrenta, como a falta de prioridade política, que se traduz em financiamento cronicamente insuficiente para atendimento das necessidades de saúde da população, e em gestão deficiente.

No curto prazo, as perspectivas não são animadoras para a área da saúde, dada a restrição orçamentária imposta pela emenda do teto de gastos, diante de uma demanda reprimida, agravada pela pandemia de covid-19, e pelo aumento da procura por serviços de reabilitação e cuidados de longo prazo por pacientes com sequelas dessa doença. Além disso, novos surtos de covid-19 no Brasil podem elevar o nível de procura por atendimento no SUS nos próximos meses, com

impactos para o orçamento já limitado do MS. O aumento de casos na Europa e o surgimento de uma nova variante do coronavírus detectada inicialmente na África do Sul no final de 2021 (variante ômicron) dispararam um alerta importante de que, para evitar novos surtos da doença no Brasil, o país precisa ampliar a cobertura vacinal muito rapidamente e manter as medidas não farmacológicas para frear a transmissão do vírus, até que alcance taxa muito elevada de pessoas imunizadas.

Essas e outras demandas continuarão a pressionar o SUS, que já dá sinais de dificuldades para manter a oferta atual de bens e serviços de saúde. A falta de medicamentos cuja aquisição está sob a responsabilidade do MS também é um alerta relevante sobre os efeitos da restrição orçamentária a que o órgão está sujeito, já que a assistência farmacêutica é uma área tensionada por diversos fatores, incluindo a judicialização da saúde e, por essa razão, tida como mais resistente quanto à redução de recursos para o seu financiamento.

Do ponto de vista federativo, as relações do MS com as secretarias de saúde estaduais e municipais foram bastante esgarçadas em meio às polêmicas a respeito das medidas a serem adotadas como resposta governamental à pandemia. Isso acabou criando um ambiente político desfavorável à cooperação no âmbito do SUS, com consequências importantes para a implementação de políticas e programas nacionais.

Contudo, é interessante notar que o desenho federativo do SUS, apontado como um grande desafio para a garantia de serviços de saúde de forma universal e igualitária em todo o território nacional, em razão de sua alta descentralização e, portanto, atomização em termos de poder político-administrativo, no contexto atual, mitigou o impacto negativo de muitas ações e omissões do governo federal para a saúde da população. O PNI hoje ilustra essa situação. Ainda que se perceba um esforço nacional maior para compra de vacinas, não houve uma efetiva coordenação da campanha de imunização contra a covid-19 por parte do MS.

Assim, de forma descentralizada, estados e municípios definiram suas campanhas e, com isso, houve avanço na ampliação da cobertura vacinal contra essa doença. Aos poucos, os grupos populacionais definidos em cada etapa das diversas campanhas de vacinação foram convergindo e os índices de cobertura se aproximando. Entretanto, os problemas iniciais em torno dos grupos a serem vacinados e as diferenças nas campanhas estaduais geraram problemas de comunicação para a população que poderiam ter sido evitados, tornando o processo mais rápido e com efetividade maior no começo.

Com relação aos profissionais de saúde, está em discussão o estabelecimento de um piso salarial nacional para a enfermagem. Essa é uma questão importante para se promover a valorização e melhor inserção desses profissionais no SUS. Contudo, ainda se faz necessário analisar seus impactos tanto com relação a esses pontos quanto com relação à perspectiva da gestão da saúde pelos municípios.

Os desafios do SUS são, portanto, enormes e demandam da sociedade mais do que o reconhecimento de sua relevância para as pessoas e para o país. É preciso que esse reconhecimento seja motor de uma mobilização social em sua defesa para, por um lado, protegê-lo contra a adoção de medidas que o fragilizam e, por outro lado, implementar políticas e programas que o fortaleçam e aperfeiçoem.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. G.; WALLS, R. M. Supporting the health care workforce during the covid-19 global epidemic. **Jama**, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020.

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

ALMEIDA, A. T. C.; VIEIRA, F. S. **Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil**: um estudo exploratório da rede conveniada. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2585). Disponível em: <<https://bit.ly/3owIAxO>>. Acesso em: 3 out. 2021.

ANDRADE, T. Coordenador no Ministério da Saúde é dispensado antes de assumir cargo. **Correio Braziliense**, 28 out. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3wgiP6M>>. Acesso em: 4 nov. 2021.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: DI NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C. P. O.; BACELETTE, R. G. (Org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2. p. 357-414. Disponível em: <<https://bit.ly/3npKGgG>>. Acesso em: 23 out. 2021.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Relatório Anual de Gestão**: Exercício 2019. Rio de Janeiro: MS; ANS, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3CvmCzH>>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. **Relatório de Gestão Exercício 2020**. Rio de Janeiro: MS; ANS, 2021a. Disponível em: <<https://bit.ly/30Rp5WX>>. Acesso em: 26 out. 2021.

ANS DEFINE percentual negativo de reajuste para planos de saúde individuais. **Gov.br**, 8 jul. 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/3jzuoAL>>. Acesso em: 26 out. 2021.

ANS DETERMINA instauração de Direção Técnica na Prevent Senior. **Gov.br**, 13 out. 2021c. Disponível em: <<https://bit.ly/3BhHbhx>>. Acesso em: 26 out. 2021.

BOTEGA, L. A.; RODRIGUES, R. N.; ANDRADE, M. V. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu, Minas Gerais, 2006. **Anais...** Caxambu: Abep, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/3jtGonI>>. Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2000. Disponível em: <<https://bit.ly/3IbSGv2>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Zrpa2Q>>. Acesso em: 27 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.001, de 3 de agosto de 2017. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 ago. 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/3A72UIv>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 set. 2017b. Disponível em: <<https://bit.ly/3jEPEoR>>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 set. 2017c. Disponível em: <<https://bit.ly/3ryBtoJ>>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil 2010-2014**. Brasília: MS; Fiocruz, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada**. Brasília: MS, 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/3nz1Rxq>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 2019a. Disponível em: <<https://bit.ly/3xdfshj>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SAS/MS, 2019b. (Nota Técnica, n. 11). Disponível em: <<https://bit.ly/3ELMNT8>>. Acesso em: 4 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 2019c. Disponível em: <<https://bit.ly/3a2RPgY>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta de mudança no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Brasília: MS, 2019d. Disponível em: <<https://bit.ly/3Msu2c6>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regularização de entregas de medicamentos referentes à assistência farmacêutica (Grupo 1A do Ceaf)**. Brasília: Conass, 2019e. (Ofício, n. 138). Disponível em: <<https://bit.ly/34O0D8K>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 561, de 26 de março de 2020. Autoriza a utilização de leitos de hospitais de pequeno porte para cuidados prolongados em atendimento dos pacientes crônicos oriundos de unidade de terapia intensiva e leitos de enfermagem de hospitais de referência ao covid-19. **Diário Oficial da União**, 8 abr. Brasília, 2020a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Irregularidades no abastecimento dos medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica sob responsabilidade de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde**. Brasília: Conass, 2020b. (Ofício, n. 523). Disponível em: <<https://bit.ly/3F8zT2N>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: MS, 2020c. Disponível em: <<https://bit.ly/3EgzLgf>>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 5, de 17 de junho de 2021. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina Intensiva. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 113, 18 jun. 2021a. Seção 1. Disponível em: <<https://bit.ly/3E96oMV>>. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 7, de 24 de junho de 2021. Autoriza o ingresso extemporâneo de residentes em Programas de Residência Médica em Medicina Intensiva, no âmbito dos programas Pró-Residência e de instituições privadas, no segundo semestre de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 118, 25 jun. 2021b. Seção 1. Disponível em: <<https://bit.ly/3CaKhFl>>. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. **Relatório de avaliação**: atenção primária à saúde (APS). Brasília: Ministério da Economia, 2021c. Disponível em: <<https://bit.ly/3vNH4sR>>. Acesso em: 27 out. 2021.

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução de consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as resoluções da CIT do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 mar. 2021d. Disponível em: <<https://bit.ly/3jImULV>>. Acesso em: 27 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.768, de 30 de julho de 2021. Altera o anexo XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jul. 2021e. Disponível em: <<https://bit.ly/3nu7BYp>>. Acesso em: 26 out. 2021.

_____. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. **Relatório final apreciado pela CPI**. Brasília: Senado Federal, 2021f. Disponível em: <<https://bit.ly/32AlVYo>>. Acesso em: 23 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da atenção primária à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 169, 6 set. 2021g. Seção 1. Disponível em: <<https://bit.ly/3AbJmUH>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BRUGLIERA, L. *et al.* Rehabilitation of covid-19 patients. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 52, n. 4, 2020.

BOUSQUAT, A. *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 1141-1154, 2017.

BRIZZI, A. *et al.* **Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in covid-19 fatality rates in Brazilian hospitals.** London: Imperial College London, 2021. (Report, n. 46). Disponível em: <<https://bit.ly/3m7YVr7>>. Acesso em: 23 out. 2021.

BUSS, L. F. *et al.* Three-quarters attack rate of Sars-COV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. **Science**, New York, v. 371, n. 6526, p. 288-292, 2021.

CASTRO, A. P. B. D. *et al.* Mortality and years of potential life lost due to covid-19 in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, 7626, 2021.

CONITEC – COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Diretrizes brasileiras para tratamento hospitalar do paciente com covid-19** – capítulo 2: tratamento farmacológico. Brasília: Conitec, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3Gq0yJ5>>. Acesso em: 26 out. 2021.

COSTA, D. C. A. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 232-247, 2020.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **TES – Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, 2020.

ESPER, R. B. *et al.* **Empirical treatment with hydroxychloroquine and azithromycin for suspected cases of covid-19 followed-up by telemedicine.** São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3sZvzxv>>. Acesso em: 26 out. 2021.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da covid-19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

FALTA de medicamentos no SUS é tema discutido em reunião ordinária do CNS. **CNS**, 26 abr. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3fBVAKv>>. Acesso em: 3 out. 2021.

FARIA, N. R. *et al.* Genomic characterisation of an emergent Sars-COV-2 lineage in Manaus: preliminary findings. **Virological.Org**, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3E9UbaJ>>. Acesso em: 23 out. 2021.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe, p. 190-204, 2019.

FAVERET, A. C. S. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FEHN, A. *et al.* **Vulnerabilidade e deficit de profissionais de saúde no enfrentamento da covid-19**. Rio de Janeiro: IEPS; IMS, 2020. (Nota Técnica, n. 10). Disponível em: <<https://bit.ly/3GihxN9>>. Acesso em: 23 out. 2021.

FIGUEIREDO, A. *et al.* Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, London, 10 Set. 2020.

FREIRE, A. R. J. *et al.* Profissionais de enfermagem acometidos por covid-19 no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 27939-27951, 2021.

FUNCIA, F. R.; BENEVIDES, R. P. S. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) de 23/11/2021**. Brasília: CNS, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3sUGW9W>> Acesso em: 26 nov. 2021.

FUNCIA, F. R.; BENEVIDES, R. P. S.; OCKÉ-REIS, C. O. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS) de 31/12/2020**. Brasília: CNS, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/31PZ1Jd>> Acesso em: 16 out. 2021.

GAMEIRO, N. Redução de orçamento para remédios do SUS é criticada durante audiência no Senado. **Fiocruz**, Brasília, 24 out. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3B6UOAR>>. Acesso em: 3 out. 2021.

GHETTI, B. P.; BAHDUR, D. H. A dificuldade do acesso à saúde pelo grupo LGBTI no Brasil durante a pandemia: uma análise à luz da teoria da eficácia horizontal dos direitos humanos. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 49, p. 136-156, 2020.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 1981-7746, 2020.

GUIMARÃES, C. Vacinação no Brasil: direito de todos e dever do Estado. **Revista Poli – Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 75, 6-9, 2021.

HADDAD, A. E. Experiência brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Goldbook: Experiências em telemedicina e telessaúde**, Rio de Janeiro, UERJ, p. 12-42, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3Gm2u5g>>. Acesso em: 26 out. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas – Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil pós-covid-19: contribuições do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3CayxT5>>. Acesso em: 23 out. 2021.

_____. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: Conta SHA 2015-2019**. Brasília: Ipea, 2021a. Mimeografado.

_____. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 28, p. 109-172, 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/3nlAwho>>. Acesso em: 23 out. 2021.

JARDIM, B.; CORRÊA, F. M.; SILVA, G. A. Covid-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZhgCeN>>. Acesso em: 23 out. 2021.

JUSTIÇA nega liminar a operadoras de plano de saúde que querem alterar reajuste. **Folha de S.Paulo**, Rio de Janeiro, 9 ago. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3pAl7fT>>. Acesso em: 26 out. 2021.

LANCMAN, S. *et al.* Os trabalhadores do contexto hospitalar em tempos de pandemia: singularidades, travessias e potencialidades. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n. 1, 2021.

LEURQUIN, P.; MANACÉS. A participação popular no processo decisório da Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Rejur: Revista Jurídica da Ufersa**, Mossoró, v. 4, n. 8, p. 149-170, 2020.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, L. D. *et al.* Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2019.

LIMA, L. V. A. *et al.* Uso de aminoquinolinas (cloroquina e hidroxicloroquina) no tratamento da covid-19: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021.

LOPES, R. Ao menos 72 mil pessoas internadas morreram por covid-19 fora de um leito de UTI. **Folha de S.Paulo**, 14 mar. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3Cz2IUt>>. Acesso em: 27 out. 2021.

LOPES, R.; VARGAS, M. Diretores da Anvisa são ameaçados de morte ante possibilidade de aprovarem vacina contra covid para crianças. **Folha de S.Paulo**, 29 out. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3CQCw7J>>. Acesso em: 4 nov. 2021.

LOTTA, G. *et al.* **A pandemia de covid-19 e (os) as profissionais de saúde pública**: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente (4ª fase). São Paulo: Fundação Getulio Vargas, 2021. (Nota Técnica). Disponível em: <<https://bit.ly/3pw8nqG>>. Acesso em: 23 out. 2021.

MALDONADO, J.; CRUZ, A. Impactos da covid-19 na telemedicina no Brasil. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 173-196, 2021.

MARINHO, A. **A proposta de adoção de fila única nas unidades de terapia intensiva e nas demais internações hospitalares, durante a pandemia de covid-19 no Brasil**: considerações teóricas do campo da economia da saúde sobre as alternativas disponíveis. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 65). Disponível em: <<https://bit.ly/3vGY8Ro>>. Acesso em: 23 out. 2021.

MARINHO, F. *et al.* **Aumento das mortes no Brasil, regiões, estados e capitais em tempo de covid-19**: excesso de óbitos por causas naturais que não deveria ter acontecido. São Paulo: Vital Strategies, 2021. (Nota técnica). Disponível em: <<https://bit.ly/3pDHwbU>>.

MARTINS, P.; DIAS, C. B. Campanhas Vidas Iguais e Leitos para Todos unificam ações e inspiram demais redes. **Abrasco**, Rio de Janeiro, 21 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3pwxct1>>. Acesso em: 23 out. 2021.

MATTOS, M.; BORGES, B.; RESENDE, S. Ex-coordenadora do PNI diz que deixou cargo após “politização” de Bolsonaro sobre vacina. **Portal G1**, 8 jul. 2021. Disponível em: <<https://glo.bo/3EFtz1w>>. Acesso em: 4 nov. 2021.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: Conass, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3vPHu1J>>. Acesso em: 27 out. 2021.

MENSAGEM da ANS aos beneficiários da Prevent Senior. **Gov.br**, 1º out. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/2XMgIuF>>. Acesso em: 26 out. 2021.

MIGUEIS, G. S. *et al.* Condições de trabalho autorreferida por profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

MPF PEDE explicações sobre leitos ociosos em hospitais militares em Manaus. **Exame**, 13 fev. 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3twgqFT>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

NASCIMENTO, O. Complicações neurológicas associadas ao Sars-COV-2 (covid-19) no Brasil: organização do grupo NeuroCovid-Rio e achados preliminares. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 5-9, 2020.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

NOTA informativa: medicamentos para intubação orotraqueal. **Gov.br**, 19 mar. 2021a. Disponível em: <<https://bit.ly/3ah5zF3>>. Acesso em: 3 out. 2021.

NOTA pública: CNS repudia possível extinção do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. **CNS**, 30 jul. 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/2WA3Irp>>. Acesso em: 3 out. 2021.

OLIVEIRA, J. C. Estoque de kit-intubação segue preocupante, afirmam gestores de saúde. **Portal da Câmara dos Deputados**, 18 maio 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3B89L5J>>. Acesso em: 3 out. 2021.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a covid-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020.

ORAIR, R. Política fiscal e resposta emergencial do Brasil à pandemia. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 28, p. 561-582, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3cCeeTz>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S; BENEVIDES, R. P. S. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2CWlwTM>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

PARREIRA, M.; ALVES, P. Hospitais militares negaram pedido do governo do DF para uso de leitos durante pandemia. **Portal G1**, 22 jul. 2021. Disponível em: <<https://glo.bo/3rpdHvg>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

PEREIRA, R. H. M. *et al.* Geographic access to covid-19 healthcare in Brazil using a balanced float catchment area approach. **Social Science & Medicine**, v. 273, 2021.

PIEIDADE, G. M. L. *et al.* Tireoidite subaguda associada à infecção viral por covid-19. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, Campos dos Goytacazes, v. 15, n. 2, p. 22-25, 2020.

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2497). Disponível em: <<https://bit.ly/2Ynlivy>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, n. especial, p. 9-33, 2012.

RACHE, B. *et al.* **Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da covid-19**. São Paulo: IEPS, 2020. (Nota Técnica, n. 7). Disponível em: <<https://bit.ly/3noHIOX>>. Acesso em: 23 out. 2021.

REIS, V. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Abrasco**, 20 fev. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3CKhmrO>>. Acesso em: 4 nov. 2021.

RITZEL, J.; PRADO, C. C. L. **Levantamento e análise de dados do Siops, relativos aos gastos de estados e municípios com atenção básica, no período 2010-2011, objetivando revelar informações que guardem relação com o escopo do estudo Necessidade de Financiamento da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. (Nota Técnica, n. 73).

RODRIGUES, E.; PAULO, P. P. Coordenador da Conep diz que há indício de fraude científica “muito forte” em estudo sobre hidroxyclorequina da Prevent. **Portal G1**, São Paulo, 21 out. 2021. Disponível em: <<https://glo.bo/32CG0NZ>>. Acesso em: 26 out. 2021.

SABINO, E. C. *et al.* Resurgence of covid-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. **The Lancet**, v. 397, n. 10273, p. 452-455, 2021.

SALINAS, N. S. G.; MARTINS, F. Os mecanismos de participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 342-368, 2018.

SANTOS, M. P. G. Comunidades terapêuticas e a disputa entre modelos de atenção e cuidado a usuários de drogas. *In*: SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. p. 17-36.

SANTOS, M. P. G. *et al.* **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4211-4224, 2020.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, 225-244, 2020.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SERVO, L. M. S. **O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência**. 2020. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3E5xEMj>>. Acesso em: 23 out. 2021.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. p. 85-108.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3pvaomJ>>. Acesso em: 23 out. 2021.

SILVA, G. A. E.; JARDIM, B. C.; SANTOS, C. V. B. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3345-3354, 2020.

SOBRINHO, L. V. **O ocaso da clínica: a medicina de dados**. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2021.

SOUZA F. E. A. *et al.* Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 143-156, 2019.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 2529-2541, 2021.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 854 Distrito Federal**. Brasília: STF, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3qgetvI>>. Acesso em: 7 nov. 2021.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

VARGAS, D. Atenção primária a saúde no estado de São Paulo. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIDALE, G. Conep suspende estudo da Prevent Senior com hidroxicloroquina. **Veja**, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3mgMAky>>. Acesso em: 26 out. 2021.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2356). Disponível em: <<https://bit.ly/3B6jvNT>>. Acesso em: 3 out. 2021.

_____. **Indutores do gasto direto do Ministério da Saúde em medicamentos**. Brasília: Ipea, 2021. (Texto para Discussão, n. 2634). Disponível em: <<https://bit.ly/3Acd0rC>>. Acesso em: 3 out. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28). Disponível em: <<https://bit.ly/3pwqVXt>>. Acesso em: 23 out. 2021.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. **Remex: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 65-71, 2015.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. **Radar: tecnologia, produção e comércio exterior**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 7-18, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3pvQk3y>>. Acesso em: 23 out. 2021.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Digital Health 2020-2025**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3ecK7TA>>. Acesso em: 19 dez. 2021.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

EM REUNIÃO virtual, ANS apresenta experiências exitosas de coordenação do cuidado durante pandemia. **Gov.br**, 22 jun. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3Cgtl0d>>. Acesso em: 26 out. 2021.

GOMES, A. S. *et al.* Fatores associados à mortalidade hospitalar na rede SUS do Rio Grande do Sul, em 2005: aplicação de modelo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, 533-542, 2010.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Chefia

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Brena Rolim Peixoto da Silva (estagiária)

Nayane Santos Rodrigues (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Cristiano Ferreira de Araújo

Danielle de Oliveira Ayres

Danilo Leite de Macedo Tavares

Leonardo Hideki Higa

Capa

Andrey Tomimatsu

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL