

**Pesquisa de coleta de dados sobre
Cobertura universal de saúde na
América Latina e Caribe**

Relatório final

Agosto 2021

**Agência de Cooperação Internacional do Japão
(JICA)**

TA Networking Corp.

5R
JR
21-004

Brasil

Índice

1. Informações básicas	1
1.1 Informações gerais.....	1
1.2 Situação política/ econômica	1
1.3 Plano de Desenvolvimento Nacional	2
1.4. Relação diplomática/ econômica entre o Japão	2
2. Perfil do Setor da Saúde	3
2.1 Perfil da saúde e demografia.....	3
2.2 Política da Saúde.....	6
2.3 Organização Administrativa da Saúde	8
2.4 Coleta de dados e monitoramento para a administração da saúde	10
2.5 Estrutura da prestação de serviços de saúde	13
2.6 Uso dos serviços da saúde	15
2.7 Transição da estrutura de doenças e a adequação dos serviços de saúde	17
2.8 Aquisição e distribuição de medicamentos	20
2.9 Parceiros internacionais no Setor da Saúde	21
2.10 Temas e demandas do setor da Saúde para o UHC	23
3. Condição atual, desafios e demanda sobre a situação financeira da Saúde e Sistema de Seguro	4
2	
3.1 Perfil da situação financeira.....	24
3.2 Principais indicadores financeiros da Saúde	26
3.3 Orçamento do Ministério da Saúde.....	26
3.4 Valor de consultas médicas	28
3.5 Sistema de seguro de saúde e medidas relacionadas.....	28
3.6 Sistema de Saúde Público	29
3.7 Linha geral do seguro de saúde privado.....	31
3.8 Colapso financeiro e pobreza das famílias pelo gasto da saúde.....	32
3.9 Temas e demandas sobre situação financeira da saúde e seguro de saúde	32
4. Perspectiva de cooperação (proposta)	33

4.1	Demandas para cooperação de alta prioridade.....	33
4.2	Esquema da cooperação.....	37

Tabelas e Desenhos

Tabela 1	Políticas e estratégias da saúde por tema.....	7
Tabela 2	Situação da realização de estudos internacionais	10
Tabela 3	Quantidade de estabelecimentos da saúde por região	13
Tabela 4	Perfil dos estabelecimentos primário a terciário.....	14
Tabela 5	Serviços dos cuidados primários para DCNT determinados pelo Ministério da Saúde ...	18
Tabela 6	Projetos do BID.....	21
Tabela 7	Projetos do Grupo do Banco Mundial.....	22
Tabela 8	Receita Anual 2021	25
Tabela 9	Despesa anual 2021	25
Tabela 10	Tendência orçamental do Ministério da Saúde.....	27
Tabela 11	Principais operadores e suas características	31
Tabela 12	Conteúdo dos projectos candidatos	33
Tabela 13	Avaliação prévia para o “Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde na Região Nordeste do Brasil”.....	36
Tabela 14	Avaliação dos planos candidatos pelos 5 indicadores.....	37
Tabela 15	Esquema e condições da cooperação do programa identificado.....	38
Desenho 1	Pirâmide etário de 1999 e 2019.....	3
Desenho 2	Pirâmide etário de 2039	4
Desenho 3	Relação das causas de morte por 3 grupos em 1990 e 2019	5
Desenho 4	Ano de vida ajustado por incapacitação (AVAI) no Brasil.....	5
Desenho 5	Tendência de fumantes e obesidade	6
Desenho 6	Organização do sistema administrativo da saúde no Brasil	9
Desenho 7	Estrutura organizacional do Ministério da Saúde	10
Desenho 8	Indicadores para UHC.....	16
Desenho 9	Desigualdade da saúde pela Pesquisa Nacional de Saúde 2019: por região	17
Desenho 10	Relação da receita perante o gasto para Saúde.....	26

1. Informações básicas¹

Seguem abaixo neste capítulo: informações gerais, situação política/ econômica, plano de desenvolvimento nacional e relação diplomática/ econômica entre o Japão.

1.1 Informações gerais

A população do Brasil é de cerca de 211,04 milhões e a sua dinâmica econômica é equivalente a 1,84 trilhões de USD (Banco Mundial, 2019)². O território brasileiro é abençoado por diversas faces. Além das ricas condições do solo/ água/ radiação solar, o território brasileiro possui recursos estratégicos como minérios e petróleo. Por outro lado, a



urbanização acelerada impulsionada pela concentração de mais do que 80% da população, está gerando vários problemas. Por exemplo, o ambiente de vida/ situação sanitária prejudicado, tão como o congestionamento do trânsito e maior vulnerabilidade à desastres naturais. São também identificadas como preocupações urgentes, a diferença de renda regional (nível de vida inferior nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste em comparação com a Região Sudeste mais beneficiada), e a diferença educacional entre classes sociais. Pela influência da pandemia da COVID-19, o PIB do segundo trimestre de 2020 caiu 9,7%; e a previsão para o crescimento econômico de 2020 é -5,8%³⁴. Apesar da RNB per capita equivalente a US\$ 9.130 (2019)²; 19,9% da população brasileira vive com menos do que US\$ 5,50 por dia, dentro dos quais, 9,3 milhões são identificados na extrema pobreza vivendo com menos do que US\$ 1,9 por dia (4,4% da população⁵).

1.2 Situação política/ econômica⁶

A estrutura política brasileira é baseada na república federativa, aonde o Congresso Nacional bicameral é composto pela Câmara do Senado com mandato de 8 anos (um terço dos senadores, ou dois terços são escolhidos em cada 4 anos) e a Câmara dos Deputados com mandato de 4 anos.

¹ Dados do mapa: <https://www.openstreetmap.org/>

² Indicadores de Desenvolvimento Mundial (Banco Mundial): <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

³ IMF Informações do país: <https://www.imf.org/en/Countries>

⁴ Escritório nacional no Brasil do Banco Mundial: <https://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview>

⁵ Indicadores de Desenvolvimento do Mundo (Banco Mundial):

https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=BRA

⁶ Ministério dos Negócios Estrangeiros: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

O atual chefe do estado é o presidente Jair Messias Bolsonaro que está no cargo desde janeiro de 2019 e terá o seu mandato até 2023.

As 3 principais indústrias do Brasil são a indústria de transformação, mineração (minério de ferro) e agropecuária (açúcar, laranja, café, soja, etc.). Já a taxa de desemprego é de 11,9% (média do primeiro trimestre entre janeiro a março de 2020, IBGE). 45,0% da população são trabalhadores informais (2015)⁷.

699 empresas japonesas estão registradas no Brasil⁸. Até outubro de 2018, foram registrados 51.307 japoneses residentes no Brasil e estima-se que cerca de 2 milhões de brasileiros são descendentes japoneses.

1.3 Plano de Desenvolvimento Nacional⁹

O Plano Plurianual (PPA 2020-2023), equivalente ao plano de desenvolvimento nacional, é um plano de 4 anos aonde são determinados os 5 eixos para o desenvolvimento social (eixo institucional, eixo social, eixo ambiental, eixo econômico e eixo de infraestrutura) e a estratégia de defesa. O eixo social é desenhado de modo a contribuir para: i) redução de desigualdades sociais; ii) promoção e acesso à educação de qualidade; iii) excelência na provisão dos serviços de saúde; iv) fortalecimento da cidadania; e v) valorização da primeira infância. Deste modo, o setor da saúde é contemplado no eixo social. Os programas que compõem o setor da saúde do eixo social são especificados como: i) Atenção Primária à Saúde; ii) Atenção Especializada à Saúde; iii) Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde; iv) Gestão e Organização do Sistema de Saúde; v) Vigilância em Saúde, vi) Assistência Farmacêutica; e vii) Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena.

1.4. Relação diplomática/ econômica entre o Japão¹⁰

A relação diplomática entre Japão e Brasil foi oficializada pelo Tratado de Amizade, Comércio e Navegação de novembro de 1895. A imigração japonesa no Brasil iniciou com a chegada do navio "Kasato-Maru", no ano de 1908. Hoje, o Brasil acolhe a maior comunidade nikkei fora do Japão (cerca de 2 milhões de pessoas) e a relação de amizade entre os dois países é tradicionalmente estreita; isto é comprovada também pelo volumoso fluxo de pessoas que viajam entre o Japão e o Brasil. Desde 2014, esta relação bilateral é colocada como parceria estratégica e global; aonde o intercâmbio foi expandido para áreas abrangentes como segurança, prevenção de desastres, justiça criminal, ambiente e educação. Em termos de relação comercial; a exportação do Brasil para o Japão é de cerca de 5,43 bilhões de Ienes representados por minério de ferro, carnes, produtos agrícolas, produtos não ferrosos e produtos químicos; e, a exportação do Japão para o Brasil atingiu o total de 4,09 bilhões de Ienes representados por peças de carros/ motos,

⁷ Organização Internacional do Trabalho (2020) Estatísticas sobre a economia informal
<https://ilostat.ilo.org/topics/informality/>

⁸ Estatística de japoneses no exterior (10/2018): https://www.mofa.go.jp/mofaj/ecm/cc/page22_003410.html

⁹ Plano Plurianual 2020-2023 : <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa>

¹⁰ Ministério dos Negócios Estrangeiros: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

ferramentas, equipamentos para escritório, etc. Em 2017, os dois países concretizaram o acordo de auxílio alfandegário mútuo, ainda a ser publicado, e, em 2018, foi assinado o Memorando de Entendimento para a Cooperação no campo do Turismo.

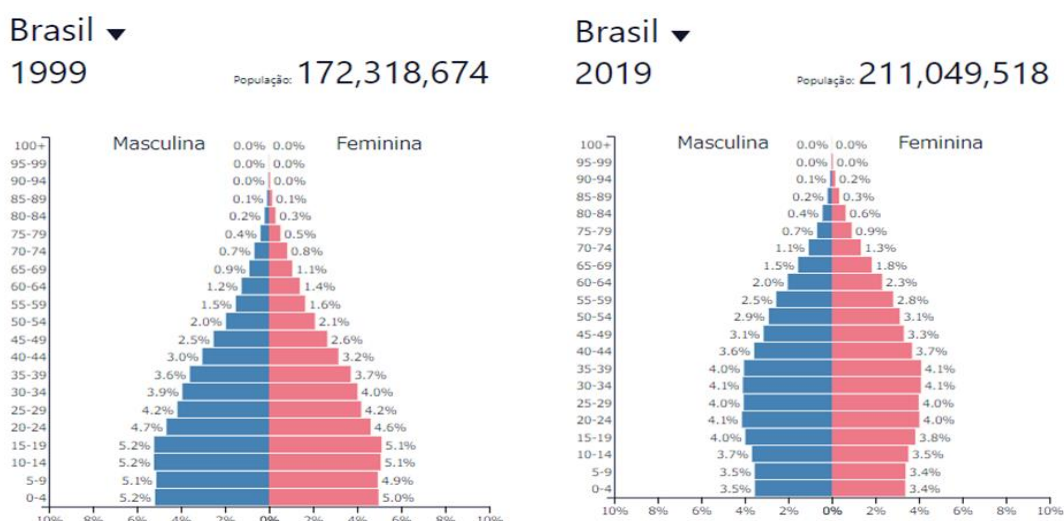
O resultado cumulativo da cooperação japonesa para o Brasil até o ano fiscal de 2017 atingiu: 416,359 bilhões de Ienes em empréstimo; 4,32 bilhões de Ienes para a para a cooperação não reembolsável; e 117,645 bilhões de Ienes pela cooperação técnica da JICA. O Japão e o Brasil também possuem resultados na área de ciências espaciais e do mar sob o Acordo Básico de Cooperação em Ciência e Tecnologia de 1984.

2. Perfil do Setor da Saúde

O presente relatório resume o perfil do setor da saúde brasileira por: perfil da saúde e demografia; política da saúde; organização administrativa da saúde; coleta de dados e monitoramento para a administração da saúde; estrutura para prestação de serviços de saúde; uso dos serviços da saúde; transição da estrutura de doenças e a adequação dos serviços de saúde; aquisição e distribuição de medicamentos; parceiros internacionais no setor da saúde; e temas/demandas do setor da saúde para o UHC.

2.1 Perfil da saúde e demografia

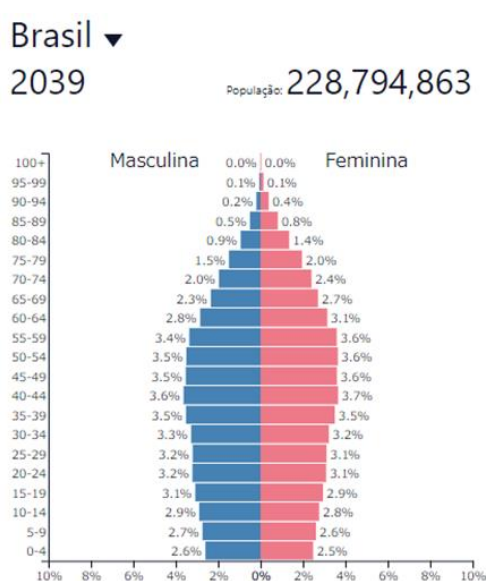
O Desenho 1 demonstra a evolução demográfica durante 20 anos em 23%; de 172 milhões em 1999 até 211 milhões em 2019. Embora seja um crescimento inferior à média da evolução demográfica mundial em 27%; a população brasileira está aumentando de maneira evidente. A base do formato da pirâmide etária está se estreitando, aonde a proporção da população adulta entre 15 até 65 anos cresceu de 64,4% (1999) para 69,7% (2019), indicando que o Brasil está no período do bônus demográfico.



Desenho 1 Pirâmide etária de 1999 e 2019

Fonte: População por idade <https://www.populationpyramid.net/>

Por outro lado, a projeção do pirâmide demográfico para 2039 presume um aumento geral com a parte central mais robusta. Em 2019, a população com mais do que 65 anos atingiu os 9,1% da população total; e isto empurrou o Brasil para ser um dos pioneiros dentro dos países da América Latina e Caribe com uma sociedade em processo de envelhecimento (pessoas com 65 anos ou mais dentre 7% até menos do que 14% da população total). Segundo estimativas, esta proporção crescerá para até 17,3% em 2039 para se tornar o Brasil numa sociedade envelhecida (entre 14% até menos do que 21%). Ao mesmo tempo, a taxa de fecundidade total diminuiu de 2,9 em 1990 até 1,7 em 2018¹¹. A projeção prevê a baixa natalidade aonde a população infantil com menos de 10 anos que representavam 13,8% (2019), diminuirá para 10,4% (2039).

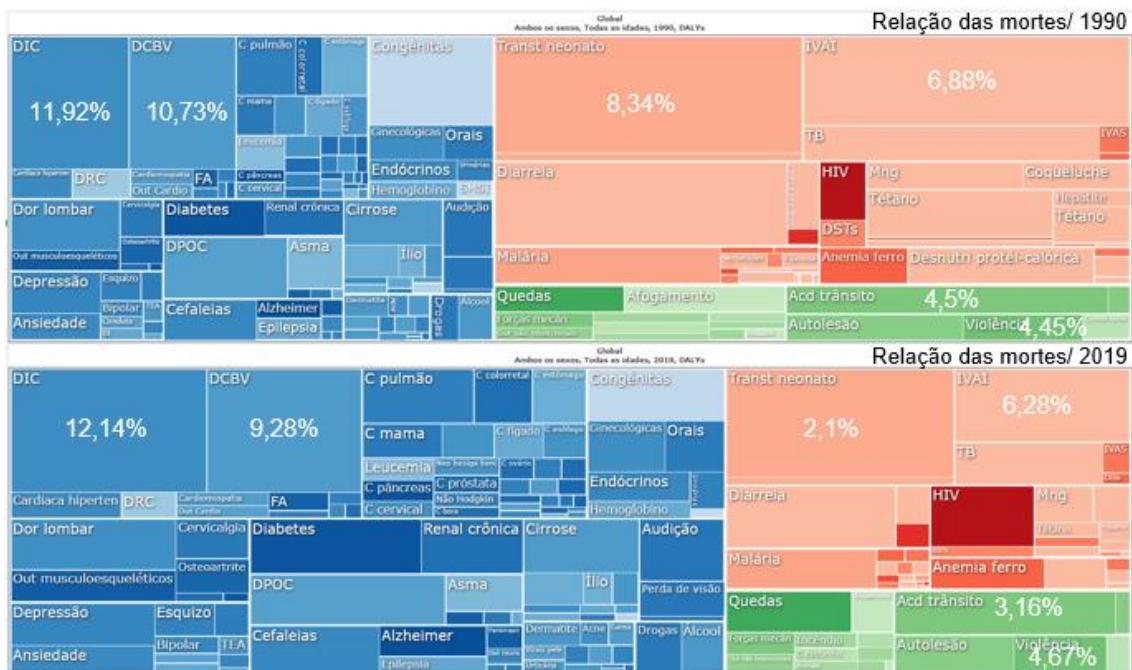


Desenho 2 Pirâmide etário de 2039

Em termos de saúde, as principais causas de morte são: doença cardiovascular (28%), câncer (16%), lesões (13%) e doença pulmonar (11%). A estrutura das enfermidades no Brasil é concentrada em doenças não transmissíveis¹². O Desenho 3 retrata a comparação transitória das principais causas de morte pelos 3 grupos da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID): doença não transmissível (em azul no Desenho 3), doença infecciosa/ materno-infantil/ nutrição (vermelho) e lesão (verde). Em 1990, a grande maioria da causa de morte foi a doença não transmissível em 60%, seguida pela doença infecciosa/ materno-infantil/ nutrição 26% e lesão 14%. Em 2019, a proporção de mortes por doença não transmissível aumentou na relação com estas outras causas em 76%, 12% e 12%, respetivamente.

¹¹ Banco Mundial (2021) Taxa de fecundidade total (nascimento por mulher) – Brasil
<https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN?locations=BR>

¹² Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (2017), Saúde nas Américas 2017, Brasil:
<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4246>

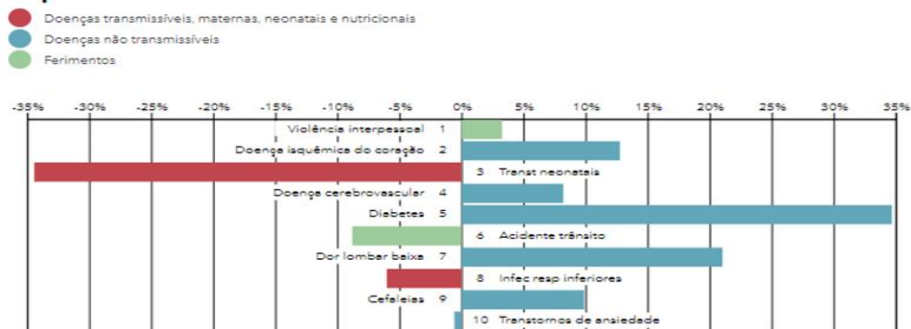


Desenho 3 Relação das causas de morte por 3 grupos em 1990 e 2019

Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. Comparação GBD. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Os valores do AVAI (anos de vida ajustado por incapacitação) durante 10 anos entre 2009 a 2019 no Desenho 4, mostra a tendência de redução das mortes por doença infecciosa/ materno-infantil/ nutrição (em vermelho no Desenho 4) e o aumento de morte por doenças não transmissíveis (em azul). Por exemplo, nos últimos 10 anos, a morte neonatal caiu para mais do que 30% e a infecção respiratória para mais do que 5%. Por outro lado, a diabete e a doença arterial coronariana intensificaram para mais do que 10% e 30%, respetivamente.

O que causa mais morte e deficiência combinadas?



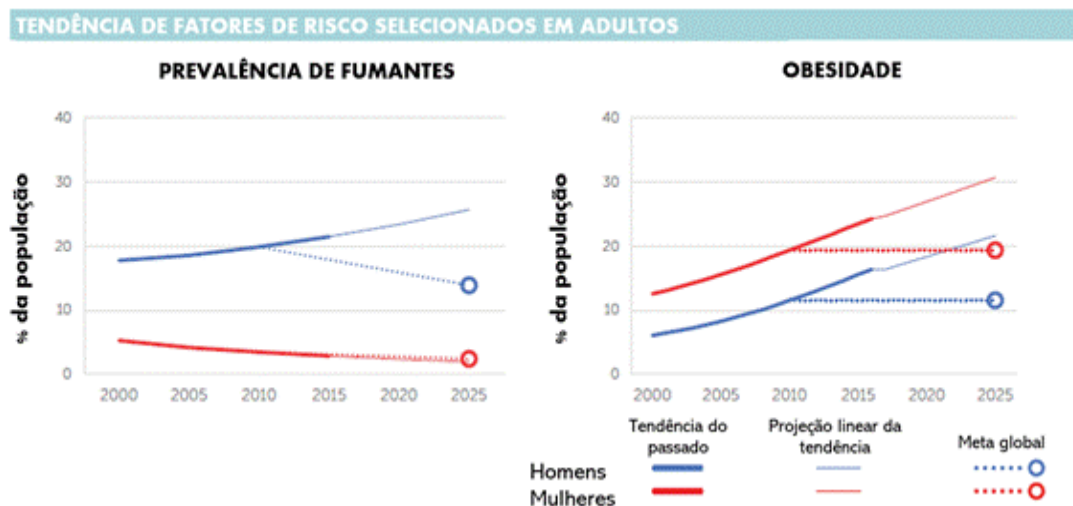
As 10 principais causas de morte e invalidez (DALYs) em 2019 e variação percentual de 2009-2019, todas as idades combinadas

Consulte a publicação relacionada: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Desenho 4 Ano de vida ajustado por incapacitação (AVAI) no Brasil

Fonte: Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. Perfil de países – Brasil. <http://www.healthdata.org/brazil>

Sobre os fatores de riscos perante doenças não transmissíveis; a proporção de fumantes masculino e feminino diminuiu entre 2000 a 2015; mas a obesidade aumentou entre homens e mulheres.



Desenho 5 Tendência de fumantes e obesidade

Fonte: Perfil por país sobre doenças não transmissíveis 2018: https://www.who.int/nmh/countries/2018/bra_en.pdf?ua=1

Por outro lado, as doenças transmissíveis mostram a tendência de diminuir. Por exemplo, a ocorrência de casos de tuberculose por 100 mil habitantes diminuiu de 84,0 (1990) pra 35,9 pessoas (2013) aonde a taxa de mortalidade por tuberculose também diminuiu de 5,4 (1990) para 2,2 pessoas (2013). Vendo os indicadores da SMI, a taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos caiu de 51,4 (1990) para 14,1 crianças (2013)¹². A incapacitação infantil AVAI também diminuiu quase 35% entre 2009 a 2019. A taxa de fecundidade total também diminuiu de 2,9 (1990) para 1,7 (2018)¹³.

2.2 Política da Saúde

O Plano Nacional da Saúde (PNS 2020-2023) lançado em 2020 pelo Ministério da Saúde do Brasil, determina: 15 indicadores do PNS, 7 objetivos medidos por 93 indicadores e 7 projetos¹⁴. Seguem abaixo os 7 objetivos:

- ① Promover a ampliação e a resolubilidade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada.
- ② Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.
- ③ Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.
- ④ Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.

¹³ Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. Perfil de países – Brasil. <http://www.healthdata.org/brazil>

¹⁴ Ministério da Saúde (2020) Plano Nacional de Saúde 2020-2023: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

- ⑤ Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional.
- ⑥ Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena.
- ⑦ Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade. (O SUS será explicado posteriormente neste relatório)

A Tabela 1 abaixo mostra as políticas e estratégias da saúde brasileira por tema.

Tabela 1 Políticas e estratégias da saúde por tema

Nome da política e estratégia da saúde	Perfil
Política Nacional de Atenção Básica 2012 ¹⁵	Promoção da atenção primária pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Programa Saúde na Hora ¹⁶	Promoção do funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ¹⁷	Respeito aos direitos de gravidez, parto e nascimento seguro e humanizado; e, crescimento e desenvolvimento da criança.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ¹⁸	Asseguramento da atenção integral às pessoas com mais do que 60 anos de idade.
Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 ¹⁹	Com meta de reduzir a mortalidade prematura de até 69 anos por DCNT em 2%.
Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 ²⁰	Determina 177 ações estratégicas para reduzir a taxa de morbimortalidade por DCNT.
Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023 ²¹	Promoção da Saúde Digital

¹⁵ Ministério da Saúde (n.d.) Políticas, Política Nacional de Atenção Básica <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA>

¹⁶ Ministério da Saúde (n.d.) Saúde na Hora <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>

¹⁷ Ministério da Saúde (2016) Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>

¹⁸ Ministério da Saúde (2006) PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

¹⁹ OPS (2014) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-action-Plan-Brazil.pdf>

²⁰ Ministério da Saúde (2020) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>

²¹ Ministério da Saúde (n.d.) Saúde Digital: O que é a Saúde Digital? <https://saudedigital.saude.gov.br/a-estrategia-brasileira/>

Nome da política e estratégia da saúde	Perfil
Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 ²¹	Promoção da Saúde Digital

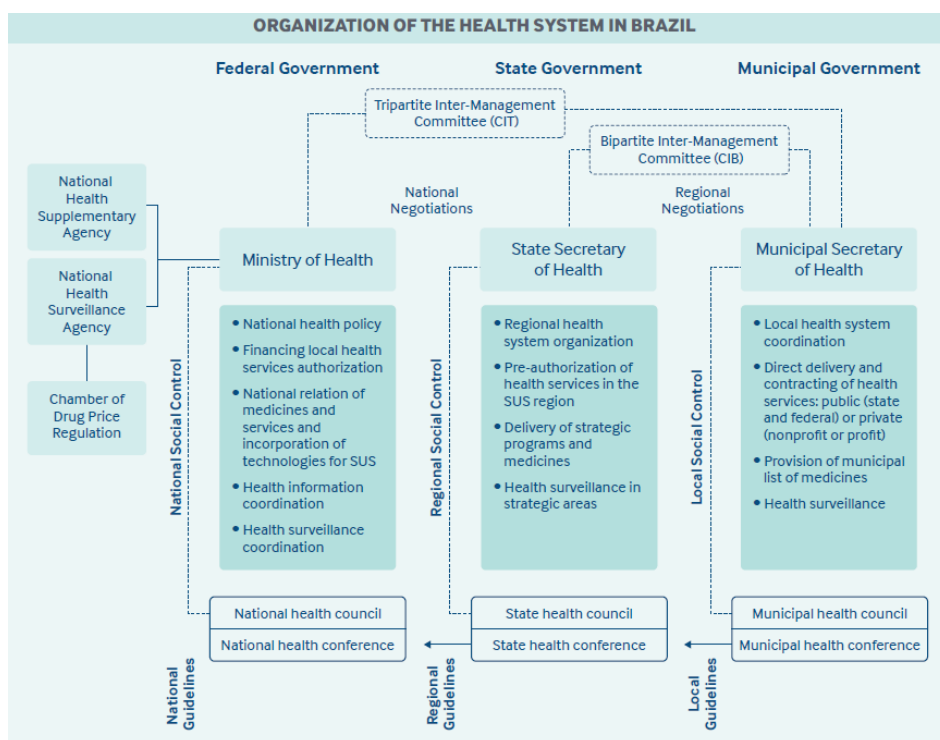
O “Sistema Único de Saúde: SUS” foi estabelecido em 1988 pelo reconhecimento da saúde como direito de todos. O SUS é uma abordagem para que todo o cidadão tenha acesso ao serviço de saúde e também sustenta atividades como o “Bolsa Família”, programa para transferência direta de renda às famílias em situação socialmente vulnerável²². A “Estratégia de Saúde da Família”, baseada na filosofia da atenção primária, visa junto com o SUS, melhorar o acesso universal, promover o cuidado integral, melhorar a qualidade do serviço da saúde ²². Porém, há observações preocupantes sobre o serviço universal da saúde, sendo que o SUS e a Estratégia de Saúde da Família não estão recebendo o orçamento necessário, isto, perante a posição financeira sob crises políticas e econômicas do País ²². (Detalhes descritos no Capítulo 3)

2.3 Organização Administrativa da Saúde

A administração da saúde no Brasil é organizada em 3 níveis aonde o orçamento é atribuído por cada nível: i) Ministério da Saúde ao nível federal; ii) Secretaria de Estado de Saúde; iii) Secretaria Municipal de Saúde¹². O desenho abaixo demonstra a relação organizacional da saúde do Governo. O Ministério da Saúde elabora as políticas, financia os serviços da saúde locais, coordena em geral o SUS. O estado implementa programas estratégicos incluindo a aquisição de medicamentos de alto custo e autoriza previamente os serviços de saúde na região do SUS. O município oferece diretamente os serviços de saúde e elabora a lista de medicamentos²³.

²² Azevedo e Silva, G., Giovanella, L., de Camargo, KR. (2020) “Brazil’s national health care system at risk for losing its universal character”, *Am J Public Health*. 110(6), 811–812. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204477/> (Acessado em 8 de Janeiro de 2021)

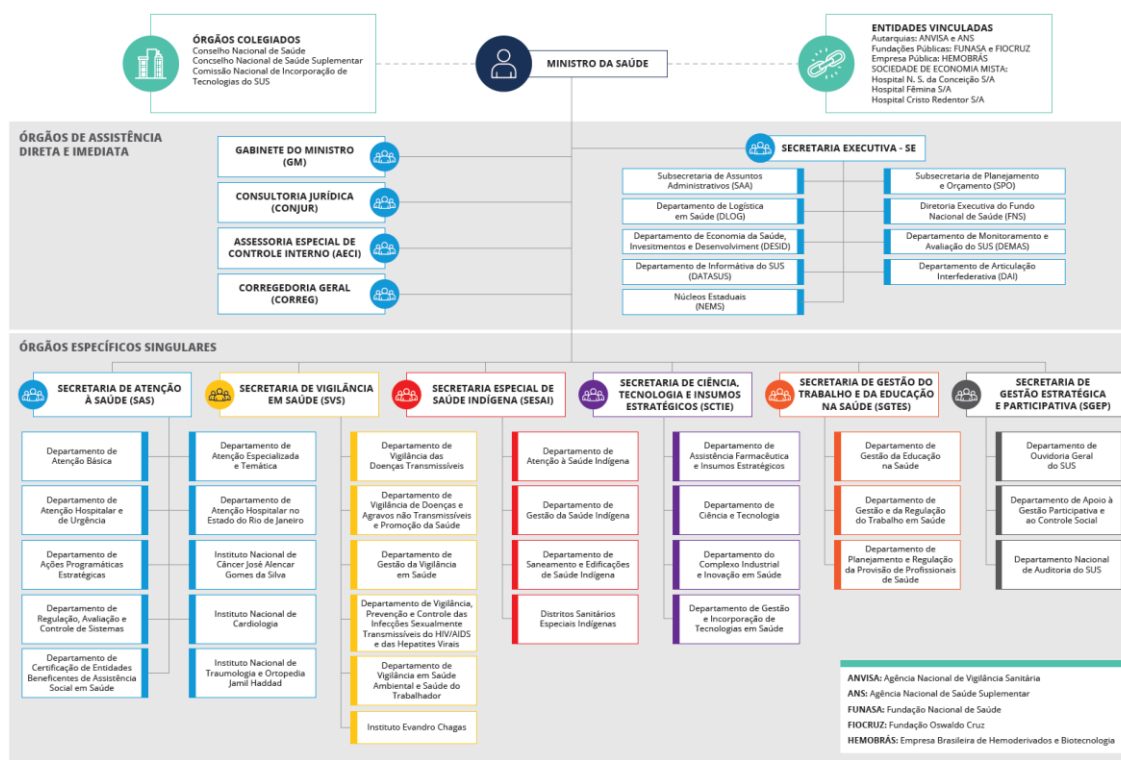
²³ Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., and Wharton, G. (eds.) (2020) *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, Disponível em <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles> (Acessado em 15 de Janeiro de 2020)



Desenho 6 Organização do sistema administrativo da saúde no Brasil

Fonte: International Profiles of Health Care Systems 2020

O Desenho 7 apresenta o organograma do Ministério da Saúde. Subsequente ao Ministro, além de 4 órgãos de assistência e secretarias executivas, seguem: a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).



Decreto nº 8.901 de 10/11/2016, publicado pelo DOU de 11/11/2016 • Coordenação de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais - CODIPE/SA/SE • codipe@saude.gov.br

Desenho 7 Estrutura organizacional do Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/06/Estrutura-Organizacional-MS.pdf>

2.4 Coleta de dados e monitoramento para a administração da saúde

Como pode ser constatado pela Tabela 2; a maioria dos estudos sobre a assistência da saúde implementados por apoio de instituições internacionais estão concentradas nas décadas 1970 – 1990, e desde então, não são realizados por longo tempo.

Tabela 2 Situação da realização de estudos internacionais

Nome do Estudo	Realização e nome do parceiro	Ano	Conteúdo
Pesquisa de Demografia e Saúde (DHS: Demographic Health Survey)	• Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM	1986	Registro de nascimento; perfil dos domicílios e famílias;
	• Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS)	1991	peso e altura (pelo padrão de crescimento da criança da OMS); registro individual, da família e da criança; perfil social e etc.
	Macro International Inc.	1996	
Pesquisa sobre saúde materno-infantil (RHS:	• Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)	1978	Índice de uso de anticoncepcionais; parto
		1979	assistido por profissional da
	• Westinghouse Health Systems, Inc.	1980	

Nome do Estudo	Realização e nome do parceiro	Ano	Conteúdo
Reproductive Health Survey)	• Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)	1981 1982 (Regional)	saúde; prestação de cuidados pré-natal e pós-parto; partos por cesariana; cobertura da imunização por BCG e Tríplice em crianças de 1 ano de idade; amamentação; crianças com 1 ano de idade completamente imunizada; cobertura da imunização contra Sarampo e Poliomielite em crianças de 1 ano de idade e etc.
Pesquisa sobre padrões de vida (LSMS: Living Standards Measurement Study)	• Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) • Banco Mundial	1996-1997	Um dos programas mais relevantes sobre o custo de vida do Banco Mundial, no qual visa fortalecer o sistema nacional da PPV e aprimorar a qualidade de microdados úteis na elaboração de políticas para o desenvolvimento.
Estudos Agrupados de Indicadores Múltiplos (MICS: Multiple Indicator Cluster Survey)	Não realizado		Índice de uso de anticoncepcionais; demanda por planejamento familiar satisfeita; cobertura da prestação de cuidados pré-natal; parto assistido por profissional da saúde; partos por cesariana; cobertura da imunização por BCG em crianças de 1 ano de idade; crianças menores do que 5 anos com diarreia tratados por solução de reidratação oral; cobertura da imunização por Tríplice; amamentação precoce; cobertura da imunização contra

Nome do Estudo	Realização e nome do parceiro	Ano	Conteúdo
			poliomielite em crianças de 1 ano de idade e etc.
Estudo STEPwise à vigilância (STEPwise Approach to Surveillance)	Não realizado		Abordagem da OMS para reconhecimento de fatores de risco de DCNT ao nível nacional.
Sistema de Informação para Saúde em Monitoria e Avaliação por Zona (DHIS2: District Health Information System2)	Não realizado		Plataforma de informações da saúde para coleta de dados, divulgação, análise e relato.

Fonte: Elaborado pela Missão de Estudo fundamentado por informações divulgadas pelas organizações.

Em 2013 e 2019, o Governo realizou a Pesquisa Nacional de Saúde para verificar e monitorar o desempenho do sistema nacional de saúde (indicadores sobre utilização de serviços de saúde), condição de saúde da população (auto avaliação, exame de sangue e urina), DCNT (hipertensão, diabetes, depressão) e outros fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool, atividade física, alimentação)²⁴.

O Brasil está se empenhando na transformação digital do sistema de saúde. Trata-se de um sistema que o governo coleta e gera informações pelo: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹². A implementação de registros de saúde eletrônicos ao nível nacional é um desafio, vindo que os estados, cidades ou estabelecimentos usam sistemas diferentes²³. Por exemplo, dentro das 42.600 unidades de atenção básica, cerca de 19.000 usam algum tipo de sistema de registro eletrônico, contudo, somente cerca de metade destas unidades usam o mesmo sistema do Ministério da Saúde e a outra metade usam o seu próprio sistema²³.

Procurando monitorar a situação do uso dos serviços e a eficácia na prestação de serviço, o Ministério da Saúde implementou na década de 90 a numeração informatizada para cada cidadão pelo Cartão Nacional de Saúde. Nestes recentes anos, o software e-SUS foi implementado para unificar as várias informações²³.

²⁴ Instituto Nacional da Saúde e Nutrição (2020)- Brasil: https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkouinippon21/download_files/foreign/foreign_brazil.pdf

2.5 Estrutura da prestação de serviços de saúde

Como a Tabela 3 abaixo demonstra, existem 348.768 estabelecimentos da saúde até maio de 2021²⁵; dentro dos quais, os estabelecimentos da atenção básica para a comunidade são representados por 38.943 centros de saúde/ unidades básica de saúde e 8.955 postos de saúde, que são unidades simplificadas. De modo geral, nota-se um desequilíbrio regional na prestação de serviços. Existe um maior número de estabelecimentos da saúde na Região Sudeste aonde há uma concentração populacional tão como a afluência de estabelecimentos para atenção básica no Nordeste. Em 2019, foram registrados 6.736 hospitais terciários (409.170 leitos equivalente a 1,9 leitos/ 1.000 habitantes); dentro dos quais 36% são públicos e 64% privados²⁶. A Tabela 4 descreve a categorização dos estabelecimentos primários até terciários e serviços prestados por categoria.

Tabela 3 Quantidade de estabelecimentos da saúde por região

Região	Estabelecimentos da Saúde (até maio de 2021)			
	Geral	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (Atenção Secundária)	Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde (UBS) (Atenção primária)	Posto de Saúde
Norte	17.983 (5,2%)	83 (6,0%)	3.100 (8,0%)	1.188 (13,3%)
Nordeste	69.706 (20,0%)	296 (21,5%)	14.800 (38,0%)	3.733 (41,7%)
Sudeste	154.355 (44,3%)	615 (44,6%)	12.572 (32,3%)	1.821 (20,3%)
Sul	78.314 (22,5%)	271 (19,7%)	5.494 (14,1%)	1.807 (20,2%)
Centro-Oeste	28.410 (8,1%)	114 (8,3%)	2.977 (7,6%)	406 (4,5%)
Total	348.768 (100%)	1.379 (100%)	38.943 (100%)	8.955 (100%)

*O Posto de Saúde é estabelecimento que presta serviços de nível básico amplamente ao povo brasileiro; contudo, não está registrado oficialmente no sistema do Ministério da Saúde.

**"Geral" é resultado da soma da quantidade de hospitais terciários incluindo todos os estabelecimentos básicos e secundários; excluindo os UPAs, Centros de Saúde, UBSS e Postos de Saúde.

Fonte: Elaborado pela Missão de Estudo fundamentado no DATASUS do Ministério da Saúde do Brasil - <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

²⁵ Ministério da Saúde (n.d.) DATASUS <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>

²⁶ "Worldwide Medical Devices Market Factbook 2019", Fitch Solutions e "Relatório da saúde de países emergentes- Informações básicas sobre ambiente de mercado para prestação de cuidados da saúde em países emergentes- Brasil", Ministério da Economia Comércio e Indústria do Japão (2020) https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoku/downloadfiles/pdf/countryreport_Brazil.pdf

Tabela 4 Perfil dos estabelecimentos primário a terciário

Nível	Principais estabelecimentos	Serviços prestados
Básico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde (UBS) <ul style="list-style-type: none"> • UBS I: abriga, no mínimo, 1 equipe de Saúde da Família • UBS II: no mínimo, 2 equipes • UBS III: no mínimo, 3 equipes • UBS IV: no mínimo, 4 equipes ■ Agente Comunitário de Saúde (ACS) ■ Equipe de Saúde da Família (ESF) ■ Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A UBS é a porta de entrada ao SUS, no qual abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravo. ■ Consulta integral, tratamento (primário), imunização, cuidado pré-natal, tratamento para a saúde bucal, acompanhamento de casos de hipertensão/ diabetes e etc.
Secundário	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unidade de Pronto Atendimento (UPA) <ul style="list-style-type: none"> • UPA Porte I <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: entre 5 a 8 ✓ Quant. máxima de pacientes: 150/ dia ✓ Abrangência: 50 mil a 100 mil hab./ UPA • UPA Porte II <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: entre 9 a 12 ✓ Quant. máxima de pacientes: 300/ dia ✓ Abrangência: 100 mil a 200 mil hab./ UPA • UPA Porte III <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: entre 13 a 20 ✓ Quant. máxima de pacientes: 450/ dia ✓ Abrangência: 200 mil a 300 mil hab./ UPA 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prestação de cuidados especializados como: pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, obstetrícia, ginecologia, nefrologia e etc. ■ Atendimento 24h, 365 dias/ ano para tratamento de fratura, lesão, IAM, AVC e etc. ■ Dispõe de raio-X, eletrocardiografia, laboratório de exames e etc.; deste modo, 97% dos pacientes tem o seu tratamento concluído no mesmo estabelecimento secundário sem ser referenciado à um estabelecimento terciário.
Terciário	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hospital <ul style="list-style-type: none"> • Pequeno porte <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: 50 • Médio porte <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: 51 a 150 • Grande porte <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: 151 a 500 • Hospital de capacidade extra <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitos: acima de 501 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Existem hospitais com diferentes perfis assistenciais tais como: hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital de ensino e pesquisa.

Fonte: Elaborado pela Missão de Estudo fundamentado no “Cenário dos Hospitais no Brasil 2019”- <https://www.fbh.com.br/publicacoes-fbh/>

Em relação ao pessoal da saúde, ao nível nacional, existem 451.777 médicos (2,18/ 1.000 habitantes em 2018) dentro dos quais, 63% são especialistas e 37% generalistas²³. A má distribuição destes profissionais entre cidade e interior tem se tornando uma preocupação. Por exemplo, havia 1 médico para 230 habitantes em cidades com população superior a 500.000 contra a relação de 1 médico para 3.000 habitantes em cidades com população menor do que 5.000²². Deste modo, o governo brasileiro estabeleceu uma medida para fortalecer a formação de médicos especialmente para atenção básica. O Ministério da Saúde, por via do programa para formação de médicos (Mais Médicos), conseguiu com sucesso reduzir até a metade do número de cidades com escassez de médicos, apoiando 3.785 cidades de alta demanda à atenção básica formando 14.462 médicos a mais por atividades de apoio como, por exemplo, a abertura de novos

cursos de medicina²⁷.

Nos últimos anos, foram criados vários cursos de medicina privados. Isto resultou em até 2017, a existência de 289 cursos de medicina públicos e privados no país²³. No Brasil não há exame nacional de licenciamento em medicina. Após do recebimento do diploma do curso de medicina (6 anos), o graduado poderá atuar profissionalmente pelo registro no Conselho Federal de Medicina, órgão responsável pela fiscalização do bom desempenho ético e atuação profissional de médicos²⁸. No caso do enfermeiro, este poderá atuar pelo registro e pagamento da taxa anual no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) após a licenciatura em enfermagem num curso de 5 anos.

A equipe para atenção básica (Equipe de Saúde da Família) determinada pela Estratégia de Saúde da Família é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde. O ESF presta a atenção básica, principalmente domiciliar, abrangendo uma população de 2.000 a 4.000 habitantes. Dependendo da região, a ESF poderá também prestar cuidados por profissionais como dentista, técnico de saúde bucal, nutricionista, psiquiatra, assistente social, farmacêutico e fonoaudiólogo²³.

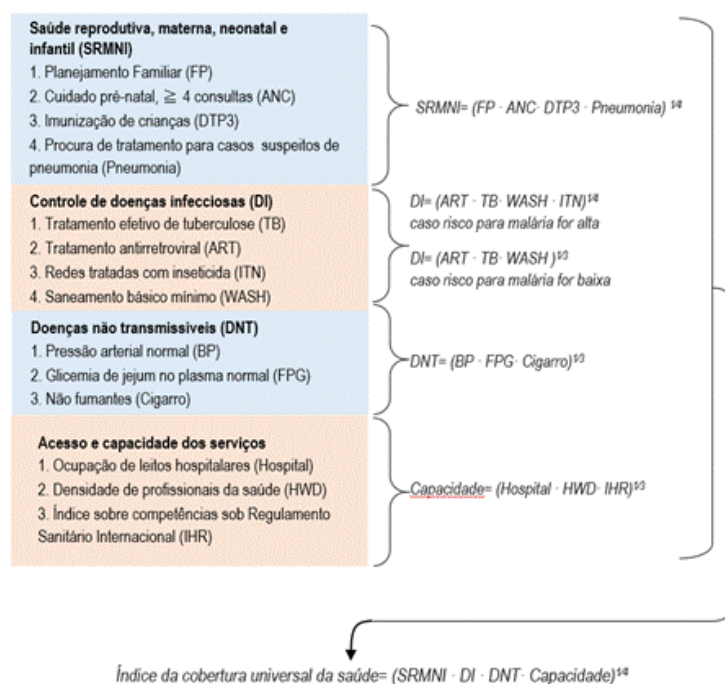
2.6 Uso dos serviços da saúde

O indicador para a cobertura universal da saúde (UHC) do ODS 3.8.1 “Cobertura dos serviços da Saúde” mede a saúde reprodutiva/SMI, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e o acesso e capacidade dos serviços. O resultado do Brasil para este indicador em 79 pontos, é ligeiramente inferior do que Japão (83) ou EUA (84), mas está no mesmo patamar ou melhor do que países como China (79), Rússia (74), Peru (77) e Chile (70)²⁹.

²⁷ L.M.P. Santos, A.M. Costa, and S.N. Girardi (2015) “Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde,” *Ciência & Saúde Coletiva* 20, 3547–52

²⁸ Sompo Japan Nipponkoa Research Institute (2015) “Sistema de saúde do Brasil - Sistema único público (SUS) e o sistema privado suplementar: <http://www.sompo-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt66-3.pdf>

²⁹ OMS (2019) Relatório de monitoria 2019 - Caminho da cobertura universal de saúde primária- https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf



Desenho 8 Indicadores para UHC

Fonte: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

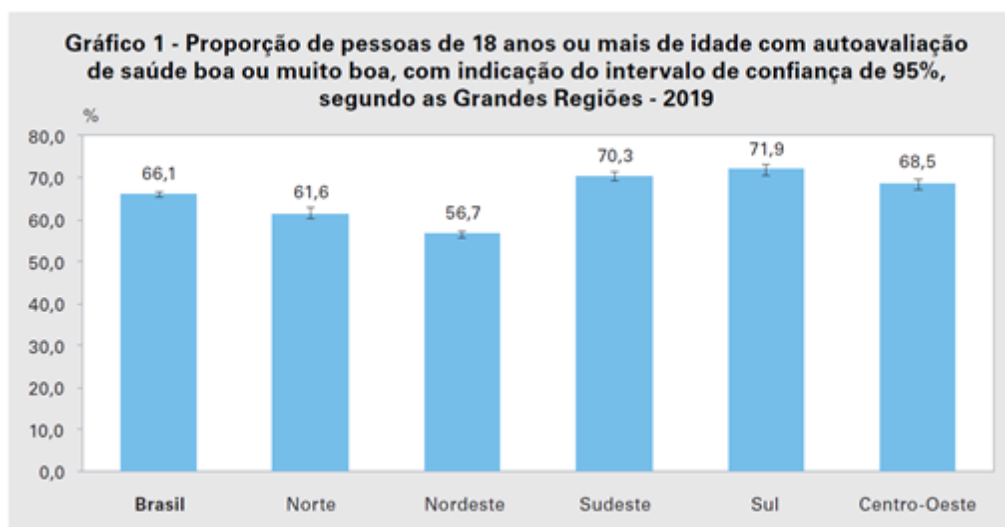
De modo geral, o Brasil mostra melhoria no acesso aos serviços de saúde. Segundo a OMS, a imunização neonatal contra tétano subiu de 63% (1990) para 94% (2019); a cobertura de mais do que 4 consultas pré-natal subiu de 79% (2000) para 92% (2018); e a cobertura de tratamento antirretroviral subiu de 25% (2000) para 69% (2019)³⁰. O tratamento efetivo da tuberculose entre 2000 e 2017 foi invariável em 62%³⁰.

No entanto, a desigualdade da saúde no Brasil ainda é significativo. Este pode ser considerado como um grande tema. Por exemplo, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a proporção de população que autoavaliaram a sua saúde como “Boa” ou “Muito Boa” na Região Sul foi de 72% enquanto na Região Nordeste foi de 57%. A proporção desta satisfação por cor ou raça para Branca foi de 71% enquanto para Preta foi de 63%; e por nível de instrução para Superior Completo foi de 84% enquanto para Instrução Fundamental Incompleto de 48%³¹. Esta diferença também é observada no uso dos serviços de saúde. Por exemplo, 13% da população rural maior do que 18 anos respondem que nunca fizeram teste de sangue para medir a glicemia, ao mesmo tempo que a relação média nacional é de 6%. No ano de 2019, o Ministério da Saúde publicou resultados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que se encontrava em sua 14ª edição, revelando que a percentagem

³⁰ OMS (2021) Observatório Global para a Saúde, Brasil: <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/brazil?countryProfileId>

³¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020) Pesquisa Nacional de Saúde 2019, Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>

de adultos que classificaram negativamente a sua saúde foi mais elevada na cidade de Maceió – Alagoas, localizada no nordeste do país (6,4%)³².



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Desenho 9 Desigualdade da saúde pela Pesquisa Nacional de Saúde 2019: por região

Fonte: Brazilian Institute of Geography and Statistics 2020

2.7 Transição da estrutura de doenças e a adequação dos serviços de saúde

Como foi esclarecido no item “2.1 Perfil da saúde e demografia”, a estrutura das patologias tende a se concentrar na DCNT. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), 39% dos adultos (Homem 33%, Mulher 45%) referem diagnóstico de pelo menos uma DCNT³³. Estas doenças são representadas por: hipertensão arterial (21%), distúrbio osteomuscular (19%), depressão (8%), artrite ou reumatismo (6%) e diabetes (6%)³¹. A situação da DCNT é cada vez mais agravante. Os resultados da mesma pesquisa de 2019 pioraram desde 2013 para: hipertensão arterial (24%), distúrbio osteomuscular (22%), depressão (10%) e diabetes (8%)³¹. Em relação à escolaridade, a proporção de diabéticos entre pessoas sem instrução e fundamental incompleto foi de 13%, ao passo que as proporções da população diabética com ensino médio completo foi bem menor de 5%³¹.

A estrutura do serviço de saúde mostra resultados pela sua transformação de adequação ao aumento da DCNT, contudo ainda prevalecem vários problemas. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030) elaborado pelo Ministério da Saúde em 2020 recomenda as seguintes 4 dimensões²⁰: ① Desenvolver iniciativas de Educação Permanente em Saúde voltadas aos temas e as estratégias de

³² Ministério da Saúde (2019) VIGITEL BRASIL 2019 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

³³ Hipertensos, doenças da coluna vertebral, colesterol alto, depressão, artrite e reumatismo, diabéticos, asma, doença cardíaca, distúrbios musculoesqueléticos derivados do trabalho, câncer, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal, etc.

implementação do Plano de DCNT; ② Tomando em conta que as ações de prevenção de risco para as DCNT fazem parte da composição da Atenção Básica; fortalecer serviços de saúde voltados à prevenção das DCNT e dos agravos; ③ Construir parcerias multisetoriais envolvendo organizações público e privado além do setor da Atenção Básica; e, ④ Desenvolver capacidades e habilidades para a geração e uso de base de dados da saúde.

Por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam acompanhamento periódico de diabéticos e hipertensos³⁴. Como a Tabela 5 demonstra, o Ministério da Saúde regulamenta um vasto leque de serviços sobre DCNT para a Atenção Básica. Contudo, o presente estudo não chegou a verificar se todos estes serviços são realmente prestados.

Tabela 5 Serviços dos cuidados primários para DCNT determinados pelo Ministério da Saúde

Doença	Conteúdo do serviço prestado	Observações relevantes
Rastreamento de neoplasia de cólon e reto	<ul style="list-style-type: none"> Rastreamento de pessoas entre 50 a 75 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> O câncer de cólon e reto é uma das 5 causas de câncer mais frequentes no Brasil. A fase pré-clínica e detectável deste tipo de câncer é bastante longa, sendo que o tumor benigno evolui à um estado maligno durante o tempo de 10 a 15 anos.
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> Rastreamento Controle e acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado o rastreamento de adultos obesos (IMC > 25kg/m²) com riscos como os seguintes mesmo assintomático <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tem pais diabéticos ✓ Tem histórico médico ✓ Hipertenso (maior do que 140/90mmHg ou toma anti-hipertensivos)
Doença Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Rastreamento do GCVR para calcular a estratificação de risco cardiovascular global Controle e acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> Rastreamento focado na arteriosclerose por exame físico, medição de pressão arterial, etc. baseado na idade, sexo e condição cardiovascular Exame de colesterol e glicemia de jejum em pessoas com mais do que 40 anos de idade ou que não sabem o seu nível de risco. Controle e acompanhamento de pessoas com: arteriosclerose, angina, insuficiência cardíaca, palpitação, arritmia cardíaca crônica.
Doença hormonal	<ul style="list-style-type: none"> Controle e acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> Hipotireoidismo, hipertireoidismo e etc.
Doença do aparelho digestivo	<ul style="list-style-type: none"> Controle 	<ul style="list-style-type: none"> Refluxo gastroesofágico, mudança do ambiente intestinal, gastroenterite e etc.
Doença respiratória	<ul style="list-style-type: none"> Controle 	<ul style="list-style-type: none"> Asma, DPOC, tosse crônica, apneia de sono obstrutiva e etc.
Doença neurológica	<ul style="list-style-type: none"> Controle 	<ul style="list-style-type: none"> Dor de cabeça, síndrome de demência, síndrome do túnel carpico, epilepsia, apoplexia cerebral, doença de Parkinson, tontura, paralisia do nervo facial e etc.
Doença psíquica	<ul style="list-style-type: none"> Controle 	<ul style="list-style-type: none"> Transtorno mental, depressão, neurose/ transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), abuso de substância (álcool, tabagismo e drogas), transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção Aconselhamento Tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> Não há

Fonte: Elaborado pela Missão de Estudos fundamentado na “Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2020) ”- https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf

³⁴ Cenário dos Hospitais no Brasil 2019 <https://www.fbh.com.br/publicacoes-fbh/>

No que diz respeito à prevenção dos cânceres de mama e do colo do útero, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade sejam rastreadas anualmente (ou de três em três anos, caso tenham tido dois resultados negativos nos exames anteriores, ou seja, sem anormalidades) para o câncer do colo do útero e, aquelas entre 50 e 69 anos de idade, sejam rastreadas de dois em dois anos por meio de mamografia. No entanto, existem variações regionais na absorção do rastreio. Por exemplo, as capitais de estados brasileiros com a menor absorção do rastreio do câncer do colo do útero são: João Pessoa - Paraíba (66,7%); Maceió - Alagoas (67,7%); e Aracaju - Sergipe (69,5%), todas localizadas no nordeste do Brasil³².

Desde 2012, o Ministério da Saúde vem apoiando financeiramente leitos de internamento para tratamento de fisioterapia de longo prazo. Mesmo assim, a quantidade de leitos para pacientes de doenças crônicas não passam de 2,5% do total de leitos hospitalares (em 2015)²³. O SUS presta serviços de atendimento domiciliar para pacientes com sintomas leves, mas até 2019, só há 831 equipes para atenção domiciliar em 241 municípios²³. Desde 2001, o tratamento para outras doenças mentais passa por um procedimento de desinstitucionalização; de longa permanência aos cuidados comunitários ou domiciliar. O sistema está construindo Centros de Atenção Psicossocial para tratamento ou reinserção; mesmo assim, dos pacientes diagnosticados por depressão, somente 53% receberam algum tratamento e 19% algum tipo de terapia no ano passado³¹.

A taxa de mortalidade por DCNT (doença cardiovascular, doença respiratória, câncer, diabetes) de 2017 (509,1/100 mil pessoas) reduziu 35% desde 1990 (329,6/100 mil pessoas); no entanto, medidas contra DCNT devem ser reforçadas vendo que os dados sobre mortes dos 3 anos entre 2015 a 2017 revelam tendência de aumento³⁵.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade urgente em elaborar medidas contra doenças transmissíveis contra epidemias recentes como a COVID-19 e vírus Zika. Ainda não há previsão do término da pandemia da COVID-19 no Brasil, aonde, até 16 de julho de 2021 foram confirmados 19.209.729 casos acumulados e 537.934 óbitos acumulados³⁶. A COVID-19 também traz consequências graves às grávidas no Brasil. Durante o período entre 26 de fevereiro a 18 de junho de 2020, 978 grávidas e puérperas foram diagnosticadas com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) provocado pela COVID-19; dentro das quais, 124 faleceram. Esta relação de óbitos entre grávidas pela COVID-19 é 3,4 vezes maior do que em outros países como Inglaterra, França, México e EUA³⁷. Cabe mencionar que antes da pandemia da COVID-19, a diferença regional da mortalidade materna já era vista como um problema. Por exemplo, a mortalidade materna no Nordeste de 2015 atingiu 76/ 100 mil nascidos vivos,

³⁵ Malta, D. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Teixeira, R., Ribeiro, A. L. P., Felisbino-Mendes, M. S., ... & Naghavi, M. (2020). "Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030", *Population Health Metrics*, 18(1), 1-14. Disponível em <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00216-1> (Acessado em 20 de Janeiro de 2021)

³⁶ OMS (2021) Dashboard sobre Coronavírus (COVID-19) da OMS <https://covid19.who.int/>

³⁷ Takemoto, M. L., Menezes, M. D. O., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M. M., Katz, L., & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1), 154-156. Disponível em <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300> (Acessado em 16 de Junho de 2021)

enquanto no Sul não chegou aos 44/ 100 mil nascidos vivos³⁸. A pandemia da COVID-19 poderá agravar esta diferença regional. Segundo Takemoto (2020), a diferença regional da mortalidade de grávidas e puérperas diagnosticadas com SDRA é de: Nordeste 16,1%, Norte 15,3%, Sudeste 11,4%, Centro-Oeste 3,0% e Sul 0,0%³⁹. Também foram observadas as diferenças entre cor ou raça, aonde, a mortalidade para branca foi de 9,8% contra 13,9% entre preta e parda.

O diagnóstico rápido será indispensável para a vigilância e tratamento de doenças transmissíveis. Mesmo com esforços para abertura de novos laboratórios, o diagnóstico não consegue acompanhar a evolução da quantidade de amostras. A concentração destes laboratórios em cidades também é uma das dificuldades⁴⁰.

2.8 Aquisição e distribuição de medicamentos

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004 visa o acesso universal dos medicamentos identificados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O Programa Farmácia Popular procura uma melhor distribuição de medicamentos pela rede pública e privada como drogarias. O Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica objetiva a integração dos vários serviços do SUS¹². Enquanto o Programa Farmácia Popular (FP) sustenta o acesso da população aos medicamentos subsidiando o valor do produto; a Campanha Saúde Não tem Preço (SNTP), lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde em colaboração com empresas farmacêuticas e distribuidores, fornece gratuitamente remédios para tratamento de doenças como hipertensão e diabetes⁴¹.

A lista nacional de fármacos indispensáveis é atualizada em cada 2 anos. A lista atual de 2020 abrange 2 produtos consumíveis como álcool para desinfecção e 37 tipos de medicamentos para: otorrinolaringologia, verruga genital (medicamento externo), TB infantil, profilaxia pré-exposição (PrPE) para HIV e etc⁴². Em 2017, o Ministério da Saúde unificou a aquisição de medicamentos. Deste modo, atualmente o ministério compra os remédios para tuberculose, lepra, doença de chagas, malária, leishmaniose, dengue, IST, HIV/SIDA entre outros, para posteriormente distribuir aos estados seguindo o calendário previamente notificado⁴¹.

Quanto às vacinas, o Brasil é um fabricante nacional. Isto proporciona um sistema sustentável sem falta de estoque, aonde cerca de 96% das vacinas aplicadas no país são de fabricação nacional¹². O Instituto Butantan está desenvolvendo a vacina totalmente brasileira para a COVID-19

³⁸ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020) POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise 27 https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36260&Itemid=9

³⁹ A pesquisa não chega a determinar a significância da diferença estatística.

⁴⁰ Grotto, R. M. T., Lima, R. S., de Almeida, G. B., Ferreira, C. P., Guimarães, R. B., Pronunciante, M., ... & Fortaleza, C. M. C. B. (2020). "Increasing molecular diagnostic capacity and COVID-19 incidence in Brazil", *Epidemiology & Infection*, 148. Disponível em <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/increasing-molecular-diagnostic-capacity-and-covid19-incidence-in-brazil/D5FB1AC8785D28ABD4B01E023DDD421F>

(Acessado em 18 de maio de 2021)

⁴¹ Orçamento Temático de Medicamentos (OTMED) (2019) Avaliação das execuções financeiras do Ministério da Saúde com medicamentos de 2008 a 2018 <https://www.inesc.org.br/acoef/aceso-a-medicamentos/>

⁴² DII Brasil (2020) <https://diibrasil.org.br/renome-2020/>

“Butanvac”, que já é esperada para início de vacinação no segundo semestre de 2021⁴³.

Em relação à importação de medicamentos, notam-se problemas como, por exemplo, fabricantes estrangeiros que não se responsabilizam em casos com consequências danosas ou contratos que não asseguram troca de medicamentos fora do prazo⁴¹.

2.9 Parceiros internacionais no Setor da Saúde

Segue abaixo a relação dos resultados de assistências ao setor da saúde no Brasil prestados pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Grupo do Banco Mundial, Governo Japonês, Governo Chinês e Governo Coreano.

A Tabela 6 mostra os projetos da saúde em plano ou em implementação pelo BID.

Tabela 6 Projetos do BID

Área	Nome do Projeto	Valor (USD)
Doença transmissível	Apoio à comunidade governamental para a prática de respostas integradas à COVID-19 no Brasil Support to Government Communities of Practice for an Integrated Response to COVID-19 Challenges in Brazil	150.000 [COOPERAÇÃO TÉCNICA]
	Inovação aberta no setor da saúde na luta contra a COVID-19 Open Innovation for the Health Sector in the Fight Against COVID-19	870.000 [COOPERAÇÃO TÉCNICA]
	Projeto TIMPEL (medida contra COVID-19)	750.000 [EMPRÉSTIMO]
	NeuralMed: Detecção de alteração pulmonar pela COVID-19 no Raio-x do tórax usando Inteligência Artificial NeuralMed: Detection of Covid-19 Pulmonary Alterations on Chest X-rays using Artificial Intelligence	75.000 [DONATIVO]
Infraestrutura	Departamento emergencial Laura Digital com inteligência artificial Laura Digital Emergency Department (Laura Digital ED) with Artificial Intelligence (AI)	128.000 [COOPERAÇÃO TÉCNICA]
	Allm: Telemedicina transfronteiriça para fortalecer respostas à COVID-19 por soluções digitais da saúde já existentes para derrame cerebral Allm: Cross-border Telemedicine to Strengthen Responses to COVID-19 with an Existing Digital Health Solution for Stroke Care	150.000 [DONATIVO]
Sistema de saúde	Programa para fortalecimento do modelo de cuidados na rede de saúde no Paraíba	45.197.310 [EMPRÉSTIMO]

⁴³ JETRO (2021) “Brasil desenvolve vacina brasileira contra COVID-19” <https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/03/358eeb07f43f7fc0.html>

	Program to Strengthen the Care Model in the Paraíba Health Network	
	Modernização e melhoria de qualidade na rede de serviços de saúde em Belo Horizonte Modernization and Quality Improvement of Health Services Networks in Belo Horizonte - BetterHealth-BH	56.000.000 [EMPRÉSTIMO]
	Projeto para reestruturação e certificação de qualidade da rede de cuidados da saúde na Cidade de São Paulo: AVANÇA SAÚDE SP CITY OF SÃO PAULO HEALTH CARE NETWORKS RESTRUCTURING AND QUALITY CERTIFICATION PROJECT AVANÇA SAÚDE SP	100.000.000 [EMPRÉSTIMO]
	Programa para fortalecimento da sociedade inclusiva e rede de cuidados da saúde: PROREDES Fortaleza Program for Strengthening Social Inclusion and Healthcare Networks PROREDES Fortaleza	65.475.000 [EMPRÉSTIMO]
	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde em São Bernardo do Campo Strengthening Unified Health System in São Bernardo do Campo	80.050.000 [EMPRÉSTIMO]
	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde em Salvador Strengthening the Unified Health System in Salvador	200.000.000 [EMPRÉSTIMO]
	Fortalecimento da gestão da saúde no Estado de São Paulo Strengthening health management in the State of São Paulo	270.000.000 [EMPRÉSTIMO]
Capacitação	Programa para expansão e melhoramento de cuidados especializados no Estado do Ceará II: PROEXAMESII PROEXMAES II Program for the Expansion and Improvement of Specialized Health Care in the State of Ceará II PROEXMAES II	123.000.000 [EMPRÉSTIMO]

Fonte: <https://www.iadb.org/en/projects>

A Tabela 7 mostra os projetos da saúde em implementação pelo Grupo do Banco Mundial.

Tabela 7 Projetos do Grupo do Banco Mundial

Área	Nome do Projeto	Valor (Milhões USD)
Sistema de saúde	Projeto Salvador Social II Salvador Social Multi-Sector Service Delivery Project II	250.00
	Projeto Salvador Social Salvador Social Multi-Sector Service Delivery Project	250.00
	Projeto Piauí: Pilares do crescimento e inclusão social Piauí: Pillars of Growth and Social Inclusion Project	1,133.69
	Projeto de inclusão social e desenvolvimento econômico sustentável do Estado do Acre-PROACRE, financiamento adicional. Additional Finance to Acre Social and Economic Inclusion and	150.00

	Sustainable Development Project	
	Projeto de inclusão social e desenvolvimento econômico sustentável do Estado do Acre-PROACRE.	120.00
	PROACRE Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project – PROACRE	

Fonte: https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=EC

O valor total da assistência do governo japonês para o Brasil no âmbito da cooperação técnica até o ano fiscal de 2019 é de 10.730 milhões de Ienes para o setor da saúde e 1.946 milhões de Ienes para o bem estar. Não houve assistência pela cooperação não-reembolsável para os ambos os setores⁴⁴. A medida básica (objetivo superior) da assistência japonesa ao Brasil é “Apoiar o desenvolvimento sustentável e promover a relação de cooperação em benefício mútuo”. As áreas prioritárias (objetivo intermediário) são: “questões urbanas e ambiente/ prevenção de desastres naturais”, “melhoria do ambiente de investimento” e “cooperação triangular”.

Como parte do Programa para a Cobertura Universal da Saúde (UHC), o Fundo de Desenvolvimento de Recursos Políticos e Humanos do Japão (PHRD: *Policy and Human Resources Development*) com parceria do Grupo do Banco Mundial, concluiu em 2018 a Fase 1 do Projeto “*Aging and Health in Brazil (TFOA3058)*” (500 mil USD)⁴⁵.

Não foi observado assistências significantes pela Agência de Cooperação Internacional da República da Coreia (KOICA) que tem o seu escritório no Brasil⁴⁶.

Por outro lado, a China vem ativamente testando e fabricando vacinas contra COVID-19 no Brasil. Em junho de 2020, o Instituto Butantan e a farmacêutica chinesa Sinovac Biotech divulgaram a parceria para a produção de vacinas⁴⁷. Segundo novas divulgações de junho de 2021, o Instituto Butantan conseguiu assegurar o recebimento de insumos suficientes par prever o fornecimento de 100 milhões de doses ao Ministério da Saúde até o final de agosto do mesmo ano⁴⁸. A influência chinesa poderá continuar crescendo vendo que o Brasil está negociando com o governo chinês futuras cooperações para o pós-COVID-19⁴⁹.

2.10 Temas e demandas do setor da Saúde para o UHC

Foram identificados 4 temas para a Cobertura Universal da Saúde (UHC) ser atingida no Brasil. Primeiramente, o SUS, que atua pela grande parte da UHC, demonstra várias preocupações

⁴⁴ JICA: <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

⁴⁵ Grupo do Banco Mundial e Governo Japonês (2019) “Relatório Anual do Fundo para Política e Desenvolvimento de Recursos Humanos do Japão- PHRD (2018)”: <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

⁴⁶ KOICA : http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

⁴⁷ JETRO (2020) Estado de São Paulo divulga o acordo com empresa chinesa para fabricar vacina para COVID-19 <https://www.jetro.go.jp/biznews/2020/06/4abf7f464c89360d.html>

⁴⁸ Instituto Butantan (2021) Imunidade completa, com 1ª e 2ª doses, “ajuda substancialmente” contra a variante delta da Covid-19, afirma Dimas Covas <https://butantan.gov.br/noticias/imunidade-completa-com-1-a-e-2-a-doses-%E2%80%9Cajuda-substancialmente%E2%80%9D-contra-a-variante-delta-da-covid-19-afirma-dimas-covas>

⁴⁹ CIDCA : http://subsites.chinadaily.com.cn/cidca/2020-11/18/c_564655.htm
http://subsites.chinadaily.com.cn/cidca/2020-09/21/c_537899.htm

financeiras, especialmente em estados com menor capacidade econômica. Em alguns casos, este problema financeiro impede a prestação suficiente de serviços. Para atingir o UHC no caso da estrutura brasileira de república federativa que atribui uma alta autonomia aos estados; será necessário revigorar a finança da saúde especialmente em estados em condições difíceis, considerando também créditos governamentais.

Seguidamente, será necessário o apoio para diminuir a desigualdade regional da saúde, questão que não pode ser ignorado. Segundo a pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS), a proporção da população que se considera saudável foi mais baixa particularmente na Região Nordeste. A estrutura da atenção básica do Nordeste tem que ser fortalecida e o uso deste serviço estimulado; sendo também porque a mortalidade materna da Região Nordeste continua a crescer.

Ao mesmo tempo, será imediatamente requerida a capacitação de pessoal nos setores para medidas contra doenças transmissíveis como a COVID-19 ou a Zika; especialmente para estruturar a metodologia de diagnóstico rápido ou para laboratório. O número de óbitos pela COVID-19 no Brasil é o segundo maior no mundo seguido pelos EUA. Observam-se casos de morte entre grávidas e puérperas sem receber serviços suficientes para diagnóstico ou tratamento, em particular na Região Nordeste. O Brasil possui instituições de pesquisa biológica de alta reputação como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan, porém estas estruturas se concentram em metrópoles como São Paulo. Por outro lado, observa-se a necessidade de estruturar um sistema robusto para teste e tratamento especialmente na Região Nordeste.

Por último, a medida contra DCNT é um tema urgente refletindo a alteração da estrutura de doenças. Segundo a PNS de 2019, 24% da população sofre de hipertensão. Os dados do Instituto para Métrica e Avaliação em Saúde (IHME) indica que a DCNT representou 76% das mortes em 2019. O governo elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs e vem monitorando os casos como a de hipertensão e diabetes também na Atenção Básica. No entanto, será necessário reforçar estas abordagens contra a DCNT, vendo a projeção da evolução acelerada do envelhecimento da sociedade brasileira.

3. Condição atual, desafios e demanda sobre a situação financeira da Saúde e Sistema de Seguro

Para estudar a condição atual, desafios e demanda sobre a situação financeira da Saúde do Brasil, o presente capítulo vai resumir o relatório por: perfil da situação financeira; principais indicadores financeiros da saúde; orçamento do Ministério da Saúde; valor de consultas médicas; sistema de seguro de saúde/ medidas relacionadas; sistema de saúde público; linha geral do seguro de saúde privado; colapso financeiro, pobreza das famílias pelo gasto da saúde; e temas/ demandas sobre situação financeira da saúde e seguro de saúde.

3.1 Perfil da situação financeira

Segundo informações divulgadas em agosto de 2020, a receita total para 2021 é estimada em R\$ 1,560 trilhão e as despesas, em R\$ 1,516 trilhão. A arrecadação administrada pela Receita

Federal é estimada em R\$ 975 bilhões, e a do Regime Geral de Previdência Social em R\$ 417 bilhões. A relação da receita e despesa estão resumidas nas seguintes tabelas⁵⁰.

Tabela 8 Receita Anual 2021

PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA 2021 (PLOA)										
Evolução das Receitas Primárias do Governo Central										
Discriminação	2019		PLOA 2020 Modificada		Avaliação 3º Bimestre 2020		PLDO 2021		PLOA 2021	
	R\$ 100,00	PIB%	R\$ 100,00	PIB%	R\$ 100,00	PIB%	R\$ 100,00	PIB%	R\$ 100,00	PIB%
RECEITA TOTAL	1.635.111,0	22,8	1.637.117,1	21,5	1.456.227,3	20,3	1.671.691,3	20,5	1.560.099,2	20,4
Receitas administradas pela RFB (exceto RGPS) *	946.035,1	13,2	1.003.055,1	13,2	891.294,5	12,4	1.041.656,5	12,8	975.002,4	12,7
Arrecadação líquida RGPS	413.331,3	5,8	436.460,3	5,7	401.042,4	5,6	459.226,9	5,6	417.543,1	5,4
Outros	275.744,6	3,9	197.601,8	2,6	163.890,4	2,3	170.807,9	2,1	167.553,7	2,2
Exploração de Recursos Naturais	64.681,3	0,9	68.052,0	0,9	57.329,5	0,8	50.519,9	0,6	60.034,7	0,8
Concessões e Permissões	93.281,3	1,3	21.063,1	0,3	4.748,8	0,1	5.313,5	0,1	5.240,0	0,1
Dividendos e Participações	20.879,0	0,3	6.521,8	0,1	6.038,6	0,1	12.967,0	0,2	9.736,9	0,1
Contribuição do Salário-Educação	22.104,6	0,3	22.710,7	0,3	20.472,5	0,3	24.308,7	0,3	20.924,5	0,3
Demais	74.798,4	1,0	79.254,2	1,0	75.301,0	1,0	77.698,8	1,0	71.617,6	0,9

Elaboração: SOF/FAZENDA/ME
* Regime Geral de Previdência Social (RGPS)

Tabela 9 Despesa anual 2021

PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA 2021 (PLOA)															
Composição das Despesas Primárias do Governo Central															
Discriminação	2019			PLOA 2020 Modificada			Avaliação 3º Bimestre 2020			PLDO 2021			PLOA 2021		
	R\$ 100,00	PIB %	% Total	R\$ 100,00	PIB %	% Total	R\$ 100,00	PIB %	% Total	R\$ 100,00	PIB %	% Total	R\$ 100,00	PIB %	% Total
DESPESA TOTAL (Exceto Transferência)	1.441.845,0	20,1	100,0	1.472.533,2	19,3	100,0	1.982.798,1	27,6	100,0	1.530.091,0	18,8	100,0	1.516.799,9	19,8	100,0
Previdência	626.510,4	8,8	43,5	681.282,6	8,9	46,3	677.181,1	9,4	34,2	711.227,6	8,7	46,5	704.416,2	9,2	46,4
Sentenças	18.208,0	0,3	1,3	20.227,8	0,3	1,4	20.755,4	0,3	1,0	21.118,0	0,3	1,4	22.199,3	0,3	1,5
Pessoal	313.087,3	4,4	21,7	328.194,9	4,3	22,3	324.793,0	4,5	16,4	337.593,7	4,1	22,1	337.345,4	4,4	22,2
Sentenças	6.406,6	0,1	0,4	7.113,2	0,1	0,5	7.142,9	0,1	0,4	7.454,9	0,1	0,5	10.456,0	0,1	0,7
LOAS/RMV (Assistência Social)	59.728,4	0,8	4,1	61.488,8	0,8	4,2	61.645,1	0,9	3,1	66.357,9	0,8	4,3	66.122,5	0,9	4,4
Sentenças	1.232,1	0,0	0,1	1.343,1	0,0	0,1	1.368,5	0,0	0,1	1.398,1	0,0	0,1	1.420,2	0,0	0,1
Sentenças Judiciais e Precatórios	15.477,3	0,2	1,1	23.931,4	0,3	1,6	23.485,4	0,3	1,2	25.096,6	0,3	1,6	20.646,2	0,3	1,4
Obrigatórias com Controle de Fluxo	142.837,1	2,0	9,9	150.285,2	2,0	10,2	143.352,6	2,0	7,2	149.764,1	1,8	9,8	154.838,5	2,0	10,2
Abono e Seguro Desemprego	55.592,3	0,8	3,9	60.619,8	0,8	4,1	62.812,1	0,9	3,2	61.348,6	0,8	4,0	58.931,4	0,8	3,9
Subsídios, Subvenções e Proagro	11.009,9	0,2	0,8	15.970,5	0,2	1,1	48.698,7	0,7	2,5	11.863,4	0,1	0,8	14.018,7	0,2	0,9
Pese (Programa Emergencial de Suporte a Empregos)							34.000,0	0,5	1,7						
Demais							14.698,7	0,2	0,7						
Obrigatórias	58.394,0	0,7	3,7	48.188,0	0,6	3,3	525.751,1	7,3	26,5	45.482,8	0,6	3,0	48.083,8	0,6	3,2
Emendas Impostivas	12.973,9	0,2	0,9	15.395,9	0,2	1,0	15.397,7	0,2	0,8	18.217,2	0,2	1,2	16.344,5	0,2	1,1
Aumento de Capital das Estatais	44.480,6	0,6	3,1	3,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	-	-	-	4.000,0	0,1	0,3
Demais Discionárias do Poder Executivo	106.753,9	1,5	7,4	87.173,0	1,1	5,9	99.677,1	1,4	5,0	103.139,2	1,3	6,7	92.052,7	1,2	6,1

Elaboração: SOF/FAZENDA/ME

A pandemia agravou a situação financeira de 2020. Mesmo assim, a projeção é positiva. Por exemplo, a melhoria do déficit é estimada aproximadamente em 3% do PIB para 2021 continuada em 2,3% para 2022 e 1,8% em 2023⁴¹⁵¹.

A receita para 2020 passou por revisão pela influência da pandemia da COVID-19 aonde a dívida pública é equivalente a R\$ 5,96 trilhões⁵². O período do ano fiscal brasileiro é de janeiro a dezembro.

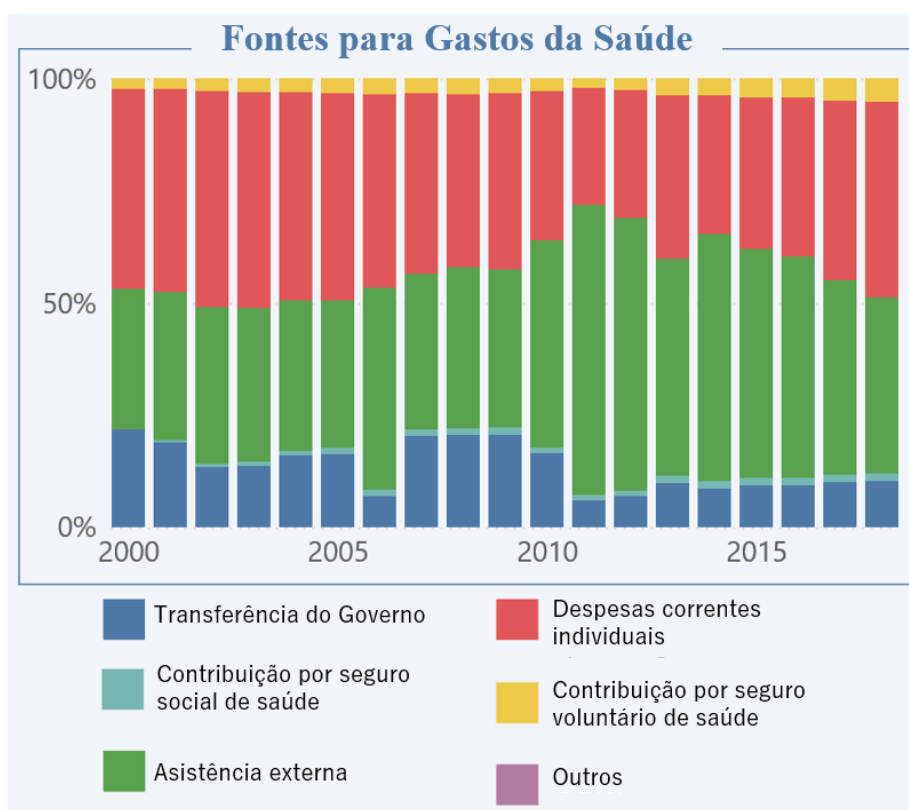
⁵⁰ Ministério da Economia: Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021 PLOA-2021

⁵¹ Ministério da Economia: Governo apresenta proposta de Orçamento para 2021 ao Congresso Nacional. <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/governo-apresenta-proposta-de-orcamento-para-2021-ao-congresso-nacional>

⁵² Secretaria Especial de Fazenda do Ministério da Economia (2021) Relatório Anual sobre Dívidas

3.2 Principais indicadores financeiros da Saúde

Em 2018, a despesa total da Saúde foi de 177.711 mil USD. Como o Desenho 10 demonstra, a fonte da receita da Saúde foram: transferência pelo governo (41,67%), contribuição pelo seguro social da saúde (0%), pagamento pelo cidadão (27,51%), contribuição pelo seguro de saúde privado (29,27%) e outros (1,43%). As despesas do Governo para a Saúde foram representadas em 41,67% equivalente ao total dos gastos ordinários e o seguro público da saúde. Os gastos para a saúde por habitante aumentaram 22% nos últimos 10 anos de 694,19 USD (2008) para 848,39 USD (2018). Os gastos do Governo para a Saúde em 2017 foram de 10% do gasto total⁵³.



Desenho 10 Relação da receita perante o gasto para Saúde

Fonte: Base de dados da OMS- Global Health Expenditure Database : https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

3.3 Orçamento do Ministério da Saúde

O plano para despesas do Ministério da Saúde para 2021 prevê R\$136,7 bilhões⁵⁴; por outro lado, não foi confirmado o relatório sobre o plano da receita. A proporção da Saúde em relação ao Orçamento Geral (R\$1.560,1 bilhões) é de 11,4%.

Segundo o “Orçamento Cidadão 2021”, documento simplificado sobre o orçamento, as distribuição de alguns gastos são os seguintes: Atenção Básica (R\$23,9 bilhões); formação e

⁵³ OCDE (2019) Uma visão da saúde 2019 – Indicadores da OCDE. Disponível em <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (Acessado em 18 de Janeiro de 2021)

⁵⁴ Ministério da Economia and Secretaria Especial de Fazenda (2020). Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021 Annual para 2021

provisão de profissionais para a Atenção Primária (R\$2,8 bilhões); assistência hospitalar e ambulatorial do SUS (R\$55,4 bilhões); medicamentos básicos, especializados e essenciais, e para tratamento de HIV/SIDA (R\$15,4 bilhões); e, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental (R\$8,6 bilhões)⁵⁵.

De mais, a Presidência da República abriu os seguintes créditos extraordinários em favor ao Ministério da Saúde para medidas contra a pandemia da COVID-19: R\$2,86 bilhões (Medida Provisória Nº1.032 de 02/2021)⁵⁶; R\$ 5,32 bilhões (MP Nº1.041 de 03/2021)⁵⁷; R\$ 690 milhões (MP Nº1.043 de 04/2021)⁵⁸; e, R\$ 5,5 bilhões (MP Nº1.048 de 05/2021)⁵⁹. Considerando o nível emergencial, estas Medidas Provisórias foram atribuídas pelo Presidente da República, mas o mesmo depende da aprovação da Câmara e do Senado.

Pela seguinte tabela que demonstra a tendência orçamental do Ministério da Saúde entre 2018 a 2021; observa-se uma grande queda da receita em 2021. O orçamento para gestão do SUS diminuiu entre 2018 a 2019, e permanece no mesmo patamar em 2020.

Tabela 10 Tendência orçamental do Ministério da Saúde

Discriminação	Unidade: Reais			
	2018	2019	2020	2021
Gestão do SUS	111.153.033	58.506.790	58.506.790	NA
Vigilância em Saúde	2.679.577.478	2.726.315.772	2.780.493.398	1.516.267.387
Atenção Básica	23.527.959.620	24.670.890.999	24.593.337.653	11.578.372.107
Tratamento ambulatorio e hospitalar de pacientes com média e alta complexidade	50.835.778.344	54.927.370.846	52.744.007.334	31.875.171.525
Terapia com medicamentos	1.960.774.391	1.802.237.015	1.821.767.206	905.503.301
Cuidado especializado	2.117.690.284	425.028.693	949.337.280	228.876.170
Assistência financeira excepcional	1.000.000.000	NA	NA	NA
COVID-19	NA	NA	32.242.285.638	1.039.217.630
Total	82.232.935.167	84.610.352.134	115.189.735.298	47.143.408.119

Fonte: Elaborado pela Missão de Estudo fundamentado pelo Portal da Transparência do Governo Federal⁶⁰

O orçamento segue o seguinte fluxo financeiro:

- O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é fonte financeira dos recursos distribuídos aos estados, distrito federal e municípios, de modo para que estes possam realizar os seus serviços de saúde, tão como repassar o orçamento para serviços prestados pelo SUS⁶¹.
- Por lei, os estados aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde 15% da arrecadação dos impostos; enquanto os municípios e Distrito Federal aplicarão 12%. No caso do Distrito Federal, aplica-se o percentual acrescido de vinculação à variação nominal do PIB ao valor empenhado no ano anterior.

⁵⁵ Ministério da Economia (2020). Orçamento Cidadão Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021

⁵⁶ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1032.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20aberto%20cr%C3%A9dito%20extraordin%C3%A1rio,%C3%A0%20programa%C3%A7%C3%A3o%20constante%20do%20Anexo

⁵⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1041.htm

⁵⁸ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1043.htm

⁵⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1048.htm

⁶⁰ <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2121>

⁶¹ <https://portalfns-antigo.saude.gov.br/sobre-o-fns>

3.4 Valor de consultas médicas

O atendimento dos serviços do SUS é gratuito para toda a população. A ANS atua na regulação de taxas das principais operadores privados da saúde tão como a determinação dos preços. O apoio da cobertura obrigatória assegurado no sistema público também é assegurado pelos operadores privados. A mensalidade do plano depende da idade do beneficiado.

3.5 Sistema de seguro de saúde e medidas relacionadas

A filosofia do SUS nasceu na década 80 durante o movimento social para a redemocratização. A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil determina a saúde como direito de todos e dever do Estado; e implementou o SUS pela lei de 1990⁶². Como foi apresentado no capítulo anterior, o SUS é um dos 7 objetivos do Plano Nacional de saúde 2020-2023 “Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade”. O serviço de saúde mostra resultados perante o aumento da carga da transição epidemiológica para DCNT, contudo, estes atendimentos aumentaram a pressão financeira do setor. As Equipes de Saúde da Família são encarregadas pela prevenção e controle da DCNT. Em 2011, observou-se uma tendência para unificar a Equipe da Saúde da Família à Atenção Especializada⁶³. A Missão do Estudo vai continuar a pesquisar o andamento desta unificação. Como já foi explicado, a população brasileira está em transformação para uma sociedade envelhecida. Sendo que poucas pessoas idosas participam em planos de saúde, a maioria desta faixa etária depende do SUS. Por exemplo, dentro dos US\$ 7 bilhões gastos para internação durante o período de 2010 a 2011, US\$ 2 bilhões ou 34% foram destinados para internamento de pessoas idosas⁶⁴. A pandemia da COVID-19 desde 2019 deve apertar ainda mais a situação financeira do SUS.

Como será explicado nas próximas páginas, a qualidade da Atenção Básica é desigual entre regiões e a classe média e alta mostra a tendência de aderirem ao serviço privado. Ao mesmo tempo, o ambulatório do SUS não consegue acompanhar o número de pacientes que são forçados a esperar por longas horas⁶⁵. Em 2011, o Governo Federal implementou o programa “Pagamento por Produção” para melhorar a situação do atendimento básico. Também está sendo avaliada uma abordagem de parceria público-privada na Atenção Ambulatorial Especializada. Porém, a falta de clareza da linha de divisão entre as partes provocou a vazão de recursos aos estabelecimentos

⁶² Castro M. C., Massuda A., Almeida G., Menezes-Filho N. A., Andrade M. V., ... & Atun Rifat. (2019). “Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future”, *The Lancet*, 1-12. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext) (Acessado em 20 de Janeiro de 2021)

⁶³ Schmidt M. I., Duncan B. B., e Silva G. A., Menezes A. M., Monteiro C. A., ...Menezes P. R. (2011) “Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges”, *The Lancet*,1-13. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext) (Acessado em 20 de Janeiro de 2021)

⁶⁴ Garcez-Leme L & Leme M. (2014) “Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies”, *Medical Express*, 3-8. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/276227613_Costs_of_elderly_health_care_in_Brazil_challenges_and_strategiesI (Acessado em 20 de Janeiro de 2021)

⁶⁵ Na cidade de São Paulo, o paciente diagnosticado no Centro de Saúde para um tratamento complexo é registrado na lista de espera do hospital. Contudo, o tempo médio desta espera até a consulta atingiu 205 dias. “Sistema de Seguro de Saúde do Brasil – SUS e o Plano de Saúde-Seguro Complementar da Saúde”

privados⁶⁶. Nesta situação, o cidadão da classe pobre não poderá ser atendido em estabelecimento privado; ou, quando atendido, o pagamento direto pela consulta poderá sufocar a situação financeira dele. Por outro lado, a transição da classe mais favorecida ao serviço privado pode aliviar o peso da demanda aos serviços do SUS.

Para as pessoas socialmente vulneráveis, foi introduzido um programa de transferência monetária destinado para “famílias pobres ou extremamente pobre” registrados no Cadastro Único. Por exemplo, o Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde, que faz parte desta abordagem, atribui, na premissa de participação aos serviços da saúde, R\$ 15,00 por pessoa com o máximo de 3 pessoas por família (total de R\$ 45,00) aos beneficiários gestantes e mães que amamentam filhos de 0 anos a 6 anos de idade pertencentes a famílias com renda mensal de até 0,5 salário⁶⁷. O orçamento disponibilizado em 2020 para a Bolsa Família atingiu R\$ 30 bilhões distribuído para cerca de 1.350 famílias. Para aliviar o peso ao tesouro público; o governo elevou o teto de renda para classes de extrema pobreza (R\$89) e pobre (R\$ 178) para mais R\$ 100 e R\$ 200 respectivamente⁶⁸.

A resposta perante a situação emergencial da pandemia é encarregada pelas organizações sob o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil junto ao Ministério da Saúde. O SUS está coordenando a gestão de risco de desastres naturais⁶⁹.

Até maio de 2021, os estados do Acre e Amazonas da Região Norte, Minas Gerais e Espírito Santo no Sudeste, Mato Grosso no Centro-Oeste saíram do nível de alerta para taxa de ocupação por adultos de leito de COVID-19 em UTI do SUS⁷⁰. Graças ao SUS, 78% da população sem participação em planos de saúde conseguiram o acesso ao serviço da saúde. Porém, nota-se uma variação da cobertura de serviços pela falta de recursos ou capacidade de gestão por parte dos governos locais. Isto especialmente porque 56% da população mora em região com falta de leitos de UTI⁷¹.

O Ministério continua tomando medidas provisórias contra a COVID-19 já citadas neste relatório; no entanto, a mudança de 4 ministros neste mesmo período dificulta a elaboração do plano financeiro da saúde de médio e longo prazo.

3.6 Sistema de Saúde Público

As características do SUS são: i) Assegura o direito universal ao atendimento integral aos níveis primário, secundário e terciário; ii) Distribui a gestão aos níveis federal, estadual e municipal; iii)

⁶⁶ Machado C. & e Silva G. (2019) “Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities”, *BMC Globalization and Health*, 15 (Suppl 1):77. Disponível em <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0523-5> (Acessado em 22 de Janeiro de 2021)

⁶⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm

⁶⁸ <https://www.jetro.go.jp/biznews/2020/01/c26b2036ceef9ad9.html>

⁶⁹ Rodrigues K. Carpes M. M., & Raffagnato C. G. (2020) “Disaster preparedness and response in Brazil in the face of the COVID-19 pandemic”, *Brazilian Journal of Public Administration*, 54(4):xxx-xxx, July – Aug. 2020. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/en_1982-3134-rap-54-04-614.pdf (Acessado em 22 de Janeiro de 2021)

⁷⁰ BOLETIM Observatório Covid-19

⁷¹ <https://www.americasquarterly.org/article/5-big-ideas-universal-health/> (Acessado em 10 de Maio de 2021)

Elabora e monitora as medidas políticas da saúde pelo Conselho Nacional/ Estadual/ Municipal da Saúde com a participação da população²².

A fonte financeira do SUS é atribuída pelo imposto e percentual de investimento do Governo Federal/ Estadual/ Municipal. Desde a sua criação, o SUS sofre continuamente um déficit orçamental. A Emenda Constitucional de 2000 determinou que municípios devem aplicar ao SUS, no mínimo, 15% da arrecadação, cabendo aos estados 12%. O Governo Federal deve aplicar o valor adequado à evolução do PIB²⁶. Esta emenda gerou resultados, mas não chegou a igualizar a diferença ao acesso à Saúde por classe social⁷².

Como será explicado posteriormente, o pagamento aos estabelecimentos da saúde é reembolsado pelo Governo Federal aos estados e município por volume de serviços prestados.

Os seguintes serviços são prestados pelo SUS gratuitamente: cuidados preventivos incluindo imunização, cuidados primários, atendimento do ambulatório, internação, cuidados obstétricos, cuidados mentais, farmácia, fisioterapia, odontologia, oftalmologia, equipamentos clínicos como cadeira de rodas, aparelhos auditivos, cuidados domiciliares, transplantes, tratamento de tumor, hemodiálise, terapêutica sanguínea, etc.

A cobertura da Equipe da Saúde da Família (ESF), criada pela Estratégia de Saúde da Família para ampliar o atendimento básico é de 2000 a 4000 habitantes. Cada ESF recebe um orçamento para atividades com o teto de R\$10.695 (US\$2.493) pelo Governo Federal por via do Governo Municipal⁷³. Esta metodologia possibilitou a prestação de um atendimento de alto nível com melhor eficiência para pessoas que estavam fora da rede⁷⁴. Contudo, a qualidade do atendimento pode variar entre municípios pela diferença de equipamentos, colocação de pessoal da saúde e capacidade de gestão⁷⁵.

O paciente pode ser atendido gratuitamente pelo ambulatório especializado depois da internação ou pela apresentação do médico do atendimento básico. O preço de cada serviço é baseado na tabela de procedimentos do SUS determinado pelo Governo Federal⁷⁶. Dependendo do volume do serviço prestado, o Governo Federal reembolsa o gasto ao Governo Estadual e Municipal⁷². Mesmo assim, a procura aos estabelecimentos privados continua a aumentar porque o SUS não consegue satisfazer a demanda. O preço da internação também é estabelecido na tabela de

⁷² Massuda A., Hone T., Leles F. A. G., de Castro M., & Atun R. (2018) “The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience”, *BMJ Global Health* 2018-000829, 1-8. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/326180043_The_Brazilian_health_system_at_crossroads_Progress_crisis_and_resilience (Acessado em 22 de Janeiro de 2021)

⁷³ Massuda A. et al. (2020) “The Brazilian Health Care System” *International Profiles of Health Care Systems*.

⁷⁴ Gulnar A., Giovanella L., Cruz F. O., & Camargo Jr. K. R. (2020) “Brazil's National Health Care System at Risk for Losing Its Universal Character”, *AJPH*, June 20, Vol 110, No. 6, 811-812. Disponível em <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2020.305649> (Acessado em 22 de Janeiro de 2021)

⁷⁵ Macinko J, Harris M. J., & Rocha M. G. (2017) “Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) – Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care”, *J Ambulatory Care Manage* Vol. 40, No. 2 Supp, pp. S4-A11. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/pdf/jamcm-40-s04.pdf> (Acessado em 9 de Fevereiro de 2021)

⁷⁶ Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631> (Acessado em 22 de Janeiro de 2021)

procedimentos⁷⁶.

75% da população depende do SUS, mas o nível de satisfação não é alto. Principalmente, a classe social média e alta opta pelo atendimento privado. Como foi descrito no capítulo anterior, as despesas correntes individuais representam 27,51% do gasto total para a saúde. A maior parte deste valor é referente ao pagamento de remédios, o que aperta ainda mais as famílias da classe pobre⁷³. Podem também ser consideradas como uma das causas deste problema, os atrasos de liberação de pagamentos para medicamentos da Atenção Básica pela parte do Governo Federal e falta de renda dos governos locais, responsável pela aquisição de medicamentos⁴¹.

Em 2016, depois da crise econômica, o Brasil introduziu cortes orçamentais de longo prazo aonde, ao mesmo tempo, o Governo Federal tentou facilitar o aproveitamento de recursos pela unificação do orçamento de vários outros serviços do SUS. Porém esta medida pode concentrar os recursos ao ambulatório especializado ou internamento e sufocar a receita do atendimento básico e vigilância sanitária⁷³. A Emenda Constitucional de 2016 determinou que o gasto para a Saúde durante 20 anos entre 2018 a 2036 não deve superar o patamar do gasto de 2017³². Sob as medidas de liberação econômicas do Governo Bolsonaro, o SUS foi repetitivamente forçado a diminuir o seu orçamento⁷².

3.7 Linha geral do seguro de saúde privado

O plano de saúde privado, de participação voluntária, é posicionado como sistema complementar ao SUS e é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. O índice de participação aos planos de saúde privado é de 23%. Os gastos por tratamento, como consultas, mensalidades do plano e medicamentos são deduzidos pelo imposto de renda⁶⁶.

Mesmo que a população tenha a possibilidade de serviços gratuitos prestados pelo SUS, a participação em planos de saúde é de 23%. Isto provavelmente é ocasionado pela insuficiência dos serviços prestados pelo SUS na sua qualidade e quantidade dependendo da região. Segundo um relatório de pesquisa, o terceiro maior desejo do povo brasileiro, depois da educação e casa própria é estar vinculado a um plano de saúde⁷⁷.

Segue abaixo os principais operadores de planos de saúde e o conteúdo dos seguros.

Tabela 11 Principais operadores e suas características

Operador de Plano de Saúde	Característica ⁷⁸
Amil Assistência Médica	<ul style="list-style-type: none">● Oferece tanto contratações de planos individuais quanto empresariais.● Os preços são mais acessíveis, em relação às outras operadoras. É a única empresa que tem o serviço de transporte hospitalar.● O plano de saúde é simples com cobertura nacional.

⁷⁷ <https://www.journalcontabil.com.br/plano-de-saude-e-3-major-desejo-d-brasileiro-aponta-ibope/> (Acessado em 10 de Maio de 2021)

⁷⁸ <https://financeone.com.br/melhores-planos-de-saude-2020/> (Acessado em 20 de Junho de 2021)

Bradesco Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Pertence à rede do Banco Bradesco. ● O serviço médico credenciado é amplo (hospitais, laboratórios, centros médicos e clínicas) . ● A cobertura do plano é nacional. ● Todos os planos com opção de reembolso. ● Oferece planos de odontologia.
SulAmérica	<ul style="list-style-type: none"> ● Exige aos seus beneficiários que tenham CNPJ. ● Também oferece seguro de vida, plano odontológico, seguro de automóveis e previdência privada.
Seguros UNIMED	<ul style="list-style-type: none"> ● É a sétima maior operadora em relação a número de beneficiários. ● Os dependentes da família pode continuar usando o plano até cinco anos após a morte do titular.
Hapvida Assistência Médica	<ul style="list-style-type: none"> ● Considerada a terceira maior seguradora nas regiões norte e nordeste. ● Atua com a sua rede própria de hospitais. ● Além dos hospitais, também tem a sua rede própria de clínicas e pronto atendimentos nas principais capitais e cidades grandes.

3.8 Colapso financeiro e pobreza das famílias pelo gasto da saúde

Supondo que o limiar para proporção do pagamento direto para saúde ao colapso econômico da família sob o indicador para a meta do UHC “proporção da população que sofre com despesa em saúde bastante pesada em relação da sua renda doméstica” seja em 10% da despesa da família; a percentagem do colapso seria: Brasil 25,6% (2008), média mundial 12,7% (2015) e média da região da América Latina e Caribe 15,1% (2015). Nesse contexto, a incidência de empobrecimento pelo pagamento direto no cenário de gasto diário de U\$3,20/dia; o Brasil correspondeu aos 2,01% (2008) enquanto a média mundial foi de 1,4% (2015) e média da região da América Latina e Caribe foi de 0,7% (2015)⁷⁹.

Presume-se que uma das razões desta elevada possibilidade de colapso financeiro ou empobrecimento no Brasil, superior do que a média mundial ou regional, está no povo brasileiro que tende a gastar muito mais do que pode, pois considera a prestação do serviço privado melhor em qualidade e mais seguro do que o atendimento público.

3.9 Temas e demandas sobre situação financeira da saúde e seguro de saúde

Antes do SUS, o setor privado era o principal ator da saúde. A constituição de 1988 que criou o SUS assegurou a participação privada posicionando o setor como ator suplementar. O setor privado continuou a crescer, chegando até a competir os recursos estaduais e os “clientes” com o SUS⁶⁶. Por outro lado, observamos a preocupação sobre o agravamento qualitativo/ quantitativo prestado pelo SUS em alguns estados afetados pela política de austeridade do Governo Bolsonaro;

⁷⁹ OMS & Banco Mundial (2019) Relatório de Monitoramento Global sobre Proteção Financeira na Saúde (Cópia avançada): https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1

vendo que o SUS já vinha sofrendo um déficit financeiro desde o seu estabelecimento. Para melhorar a presente situação aonde a classe pobre não pode receber serviços da saúde ou é sufocado por despesas para medicamentos ou atendimento em estabelecimentos privados; será necessário avaliar imediatamente medidas para assegurar a fonte financeira do SUS, tão como organizar a divisão entre atuações do setor privado.

4. Perspectiva de cooperação (proposta)

A partir da questão referida principalmente nos itens “2.10 Temas e demandas do setor da saúde de modo geral para atingir as metas da Cobertura Universal da Saúde (UHC)” e “3.8 Temas e demandas sobre a finança da assistência da saúde e sistema de seguro de saúde”; apresentamos o resultado da avaliação das perspectivas para cooperação da JICA constatadas até o momento.

4.1 Demandas para cooperação de alta prioridade

Quatro temas foram identificados em relação à prestação de serviços de saúde:

- ①. Influências às atividades do SUS sofridas em alguns estados por falta de orçamento;
- ②. Desigualdade regional nos resultados dos indicadores de saúde num grau que não pode ser ignorado;
- ③. Falta de tecnologia para diagnóstico rápido de doenças transmissíveis e de profissionais de laboratório; e,
- ④. Respostas às doenças não transmissíveis (DCNT) como tema de urgência observando a alteração da estrutura de doenças.

Também são almejadas medidas sobre o sistema de saúde de modo a assegurar a fonte financeira do SUS e para a segregação de funções entre o setor privado.

Desta forma, levantamos as seguintes 3 propostas para cooperação:

- [1]** Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde (UHC) na Região Nordeste do Brasil (Empréstimo para medidas políticas)
- [2]** Programa SATREPS para pesquisas sobre epidemiologia e diagnóstico no LIKA
- [3]** “Treinamento em terceiro país” aos países da região, principalmente no LIKA (Capacitação sobre pesquisas epidemiológicas)

A Tabela 12 abaixo organiza o perfil destes planos de cooperação.

Tabela 12 Conteúdo dos projectos candidatos

<p>[1] Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde (UHC) na Região Nordeste do Brasil (Empréstimo para medidas políticas)</p> <ul style="list-style-type: none">• Beneficiados: moradores do estado alvo ●● pessoas (●% da população total). O estado alvo será identificado por via do estudo sobre demandas (conteúdo qualitativo/ quantitativo do serviço de saúde, lacuna financeira, etc.). Observamos também a possibilidade da colaboração (por exemplo, por crédito em conjunto ou regime de ação alinhada) com outras ações nos 4 estados, no Paraíba, Ceará, Salvador e Piauí; nomeadamente, “O

Projeto Piauí: Pilares de Crescimento e Inclusão Social” do Banco Mundial, “ Programa para fortalecimento do modelo de cuidados na rede de saúde no Paraíba” , “ Fortalecimento do Sistema Único de Saúde em Salvador” e “Programa para expansão e melhoramento de cuidados especializados no Estado do Ceará II: PROEXAMESII” do Banco Interamericano de Desenvolvimento .

- Alvo: Estado ainda a ser identificado.
- Matriz do regime do programa: A matriz será avaliada baseada na proposta da seguinte tabela. Igualmente, será avaliada a possibilidade da expansão e disseminação dos resultados para a promoção da saúde do “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil ” e dos resultados para a SMI do “Planejamento Familiar Saúde Materno-Infantil (Projeto Luz)”; ambos projetos da cooperação técnica da JICA.
- Valor do investimento: Será avaliado considerando a lacuna financeira do estado identificado.

Item superior	Item intermediário	Linha da ação	Indicador
Fortalecimento da finança da saúde	Distribuição de valor adequado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS)	Sugerir o aumento da distribuição	Submissão do plano orçamental revisto ao FNS
	Elaboração adequada do plano orçamental estadual de saúde	Análise financeira do plano orçamental estadual de saúde. Revisão do financiamento baseado em resultados (RBF). Elaboração do plano orçamental estadual de saúde atualizado. Estudo sobre condição atual referente ao aumento de DCNT, para avaliar o orçamento necessário para até 2030.	Plano Orçamental Estadual de Saúde Atualizado
Melhoria da cobertura dos serviços da saúde	Distribuição adequada de pessoal da saúde	Revisão do plano estadual para distribuição de pessoal da saúde. Avaliar um sistema baseado em incentivos para a distribuição adequada do pessoal num governo estadual de situação financeira carente.	Plano de Distribuição de Pessoal da Saúde Atualizado
	Elaboração de estratégias relacionadas à DCNT	Estudo sobre condição atual referente ao aumento de DCNT, para verificar necessidades no sistema de saúde e em campanhas educativas.	Estudo aprovado e divulgado pelo secretário de estado de saúde
	Elaboração do plano para unificar o sistema de informação	Projeto piloto em região modelo.	Proposta do plano para unificar o sistema de

		hospitalar.		informação hospitalar
	Proteção contra riscos financeiros	Melhoria qualitativa/quantitativa do SUS	Elaborar a estratégia do SUS no estado alvo. Elaborar o plano orçamental do SUS de médio e longo prazo, considerando o aumento de DCNT e envelhecimento da população. Revisão do financiamento baseado em resultados (RBF).	Submissão ao secretário de estado de saúde?
<p>【2】 Programa SATREPS para pesquisas sobre epidemiologia e diagnóstico no LIKA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficiados: População brasileira • Alvo: LIKA (Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami) • Conteúdo: Estudo sobre vias de transmissão do vírus Zika e COVID-19; desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de diagnóstico; e, desenvolvimento de kit de teste rápido. Também serão capacitados pesquisadores e técnicos de laboratório do LIKA e laboratórios de saúde pública sobre o tema para diagnóstico com precisão. Também, fortalecimento da estrutura colaborativa entre o LIKA e laboratórios de máxima referência para estruturar um modelo do sistema de vigilância de doenças transmissíveis. • Instituição de pesquisa do lado japonês: Instituto de Medicina Tropical da Universidade de Nagasaki 				
<p>【3】 “Treinamento em terceiro país” aos países da região, principalmente no LIKA (Capacitação sobre pesquisas epidemiológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficiados: Moradores dos países da região da América Central e Sul • Alvo: Laboratórios de referência da região, pessoas principais do governo para medidas contra doenças transmissíveis. • Conteúdo: Formar líderes internacionais que possam tomar a liderança para promover pesquisas educacionais e medidas contra doenças transmissíveis; capacitando principalmente pessoas de laboratórios de referência e pessoas do governo para medidas contra doenças transmissíveis dos países da região, de modo a adquirirem amplos conhecimentos e técnicas sobre doenças transmissíveis tão como uma visão global do assunto. • Valor do investimento: Será avaliado dependendo da quantidade de países selecionados. Procurando a sustentabilidade do “Treinamento em terceiro país”, o governo brasileiro se encarregará numa parte do investimento. 				

A Tabela 13 abaixo organiza a avaliação prévia do “Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde na Região Nordeste do Brasil” constatados pelos resultados do estudo verificados até o momento.

Tabela 13 Avaliação prévia para o “Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde na Região Nordeste do Brasil”

<p>【Adequabilidade】</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistência à política de desenvolvimento: Coerente ao eixo social do Plano Nacional de Desenvolvimento “③ Excelência na provisão dos serviços de saúde”. • Consistência à política de saúde: Coerente aos seguintes 7 objetivos do Plano Nacional de Saúde. <ul style="list-style-type: none"> ① Promover a ampliação e a resolubilidade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada. ② Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais. ③ Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle. ④ Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável. ⑤ Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional. ⑥ Fortalecer a proteção, promoção e recuperação da Saúde Indígena. ⑦ Aperfeiçoar a gestão do SUS (<i>observações nos parágrafos seguintes</i>) visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade. • Consistência à demanda: observou-se a degradação quantitativa e qualitativa dos serviços prestados pelo SUS e a queda do acesso da classe pobre aos serviços provocada pela política de austeridade do Governo Federal e dificuldade orçamental dos estados. • Alvo: Região sem duplicação com a assistência do Banco Mundial (BM) ou o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); ou região que possa gerir sinergia com as atividades destes parceiros. • Prevalência da assistência japonesa: resultados dos projetos da JICA no setor da promoção da saúde e da saúde materno-infantil, experiências japonesas acumuladas no setor da UHC e DCNT.
<p>【Eficácia】</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Brasil possui a capacidade técnica para a prestação de serviço, contudo é prejudicado pela falta de orçamento. O empréstimo poderá demonstrar uma alta eficácia preenchendo a lacuna financeira de modo a melhorar qualitativamente e quantitativamente o serviço.
<p>【Produtividade】</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os desafios e resoluções identificados nos projetos do BM e o BID já em implementação poderão ser aproveitados. • Espera-se uma alta produtividade, sendo que o Programa prevê um empréstimo somente para preencher as lacunas orçamentárias e o Brasil já possui o know-how da prestação de serviço. O desembolso do valor será sob a condição do atingimento da ação determinada.
<p>【Impacto】</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ainda a ser identificado.
<p>【Sustentabilidade】</p> <ul style="list-style-type: none"> • É sujeito ao posicionamento do governo brasileiro. A sustentabilidade será questão preocupante enquanto a

política de austeridade continuar. Será avaliada a possibilidade de acrescentar na matriz do programa uma ação para assegurar a sustentabilidade.

A seguinte tabela organiza os 3 planos candidatos até no momento identificados, perante os 5 indicadores de avaliação. Esta avaliação comparativa prévia coloca relativamente o “ [1] Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde (UHC) na Região Nordeste do Brasil” como padrão de classificações: “Bom: ○”, “ Observação de problemas: △” e “Observação de problemas graves: ×”.

Tabela 14 Avaliação dos planos candidatos pelos 5 indicadores

5 indicadores	Programa para apoio à UHC na Região Nordeste	Programa SATREPS para pesquisas sobre epidemiologia e diagnóstico no LIKA	“Treinamento em terceiro país” aos países da região, principalmente no LIKA (Capacitação para pesquisas epidemiológicas)
Adequabilidade	○	○:4º objetivo do Plano Nacional de Saúde “Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável.”	△ : Não foi confirmada a medida brasileira sobre apoio aos países da região.
Eficácia	○	○: Possibilidade de desenvolver uma metodologia para diagnósticos pela parceria entre o LIKA e a Universidade de Nagasaki é alta.	○: As doenças transmissíveis dos países da região são similares. Deste modo a eficácia e a potência para fortalecimento da capacidade para resposta às doenças transmissíveis é alta.
Produtividade	○	△: A operação poderá ser eficaz sob a parceria do LIKA e a Universidade de Nagasaki.	○: Será produtivo pelo aproveitamento de recursos do LIKA.
Impacto	N/A	N/A	N/A
Sustentabilidade	△	○: A alta capacidade científica do LIKA poderá atrair investimento externo em ambiente competitivo.	△: Incerto se o governo brasileiro concordará na participação financeira da atividade.

4.2 Esquema da cooperação

Dentro dos 3 planos identificados, a formulação de projeto e implementação do “Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde na Região Nordeste do Brasil” deve ser avaliado no âmbito

do seguinte esquema.

Tabela 15 Esquema e condições da cooperação do programa identificado

Programa	Esquema e condições
Programa para apoio à Cobertura Universal da Saúde na Região Nordeste do Brasil	Estudo preparatório: Aperfeiçoamento da matriz do programa por um assessor em empréstimos. Empréstimo para medidas políticas: Desembolso executado pelo assessor em empréstimos baseado em atingimento de metas das ações estratégicas.