

SAÚDE

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet



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

Presidenta

Luciana Mendes Santos Servo

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Fernando Gaiger Silveira

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

Luseni Maria Cordeiro de Aquino

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

Cláudio Roberto Amitrano

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Aristides Monteiro Neto

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura

Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

Carlos Henrique Leite Corseuil

Diretor de Estudos Internacionais

Fábio Vêras Soares

Chefe de Gabinete

Alexandre dos Santos Cunha

Coordenadora-Geral de Imprensa e Comunicação Social

Gisele Amaral

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

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

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

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

POLÍTICAS SOCIAIS

acompanhamento e análise

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial

Alexandre Arbex Valadares (editor)

Eduardo Luiz Zen

Helder Rogério Sant'ana Ferreira

José Aparecido Carlos Ribeiro

Luana Simões Pinheiro (editora)

Luciana Mendes Santos Servo

Marcelo Galiza Pereira de Souza

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Sandro Pereira Silva

Colaboradores

Saúde

Fabiola Sulpino Vieira

Liliane Cristina Gonçalves Bernardes

Sergio Francisco Piola

CAPÍTULO 3

SAÚDE^{1,2}

1 APRESENTAÇÃO

Este capítulo analisa a execução da política de saúde pelo governo federal em 2022 e as mudanças realizadas, no curso dessa política, pela nova gestão até abril de 2024, período ainda marcado pelas consequências sanitárias, sociais e econômicas decorrentes da pandemia de covid-19. Nesse período, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fortemente desafiado em sua capacidade de continuar assegurando o tratamento dos casos moderados e graves da doença e de se reorganizar, a partir do início de 2023, para responder a novas demandas e àquelas acumuladas referentes à oferta de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma coordenada entre os entes da Federação.³

Em 2022 e 2023, houve redução dos óbitos por covid-19 em relação a 2021, mas permaneceu elevado o número de casos novos da doença no Brasil. Nesses anos, foram notificados, respectivamente, 14 milhões e 1,9 milhão de casos, além de 74 mil e 14,9 mil óbitos.⁴ Contudo, a despeito do quadro ainda preocupante da pandemia no país, o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) pela covid-19 foi declarado em abril de 2022 (Brasil, 2022a), enquanto a Situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional foi encerrada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de um ano depois da declaração nacional.⁵

A revogação da Espin naquele momento foi criticada, porque a taxa de mortalidade brasileira era alta, o país estava com pouca população, os casos novos estavam em alta, não apenas no Brasil, mas também em outros países, e a letalidade

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bps31/saude>

2. Colaboradores: Fabíola Sulpino Vieira, Liliâne Cristina Gonçalves Bernardes e Sergio Francisco Piola.

3. Especialmente nos anos de 2020 e 2021, houve atuação conflitante do presidente da República quanto às recomendações informadas por estudos científicos para enfrentamento da pandemia de covid-19, resultando em perda de relevância do Ministério da Saúde (MS) em seu papel de dirigente nacional do SUS (Ipea, 2022).

4. Dados disponíveis em portal mantido pelo MS, covid-19 no Brasil: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 13 dez. 2023.

5. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>.

da doença ainda era uma das mais elevadas do mundo.⁶ Dessa forma, a covid-19 ainda pressionava o SUS em 2022, e esse contexto ajuda a compreender os desafios a serem enfrentados pelas novas equipes do governo federal em 2023.

Às dificuldades impostas pela pandemia, somaram-se outras, decorrentes do crônico financiamento insuficiente, das reformas realizadas pelo governo Bolsonaro em políticas importantes, como as de Atenção Primária à Saúde (APS) e de saúde mental, da fragilização da capacidade institucional do MS e da elevada pressão dos partidos que compõem o chamado Centrão para a indicação do ministro da Saúde.⁷ Dessa forma, a implementação de uma agenda de fortalecimento do SUS, compromisso assumido pelo presidente Lula durante sua posse no Congresso Nacional, exigiu da nova gestão esforços extras no enfrentamento de desafios estruturais e conjunturais complexos.

Considerando esses desafios, buscou-se, nesta edição do boletim *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, apresentar o panorama da política de saúde na transição de governo, destacando os principais fatos que servem de pano de fundo para a compreensão da conjuntura setorial em 2022 e 2023, e examinar as mudanças decorrentes dessa transição em políticas e programas de saúde vinculados às principais áreas de atuação do SUS. Assim, apresenta-se, na segunda seção, após esta introdução, o panorama da política. Na terceira seção, de acompanhamento e análise, destacam-se o estado da arte em 2022 e as alterações realizadas pelo novo governo em áreas essenciais de atuação do SUS: APS, atenção especializada em saúde, vigilância em saúde, saúde indígena e assistência farmacêutica. Ainda na terceira seção, analisa-se a execução orçamentário-financeira recente do MS. Por último, são apresentadas as considerações finais, na quarta seção.

2 PANORAMA DA POLÍTICA

Com a campanha eleitoral e a eleição de um novo presidente, entre 2022 e 2023, ocorre uma transição importante na condução da política de saúde no país. Encerra-se uma gestão no governo federal, que se iniciou com controvertidas reformas de políticas implementadas no decorrer de mais de uma década no SUS, como as de APS e de saúde mental, e que, adicionalmente, foi confrontada com uma situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, causada pela covid-19, oportunidade em que demonstrou pouco apreço aos valores científicos que vêm embasando, em grande medida, a tomada de decisão sobre intervenções em saúde há anos, não apenas no Brasil, mas no mundo.

Ao longo de 2020 e 2021, auge da crise sanitária, as medidas implementadas pelo governo federal foram caracterizadas por contradições no enfrentamento da

6. Disponível em: <https://cebes.org.br/helena-correa-analisa-a-pandemia-e-critica-o-fim-da-espin/28779/>.

7. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/19/ministerio-da-saude-lula-centrao-lira.htm>.

pandemia da covid-19, e pelo desinteresse na coordenação do SUS. Exercer essa coordenação implicava a adoção de medidas recomendadas pela OMS, como o distanciamento social e a imunização da população. Tais medidas foram questionadas pelo presidente da República, seja por causa dos impactos negativos do distanciamento social para a economia, com repercussões sobre as possibilidades de sua reeleição; seja porque, no campo da saúde, eram defendidas por seus desafetos políticos na gestão de alguns estados e municípios; ou porque desagradavam parte de seu eleitorado (Ipea, 2022).

Ainda que o presidente da República tenha criado polêmicas sobre a eficácia dos imunizantes, realizado troca de ministros, promovido medicamentos ineficazes no tratamento da covid-19, e inviabilizado a coordenação federativa entre as três esferas de governo no enfrentamento da pandemia, o governo federal adquiriu vacinas e equipamentos hospitalares, e financiou a ampliação da oferta de leitos em hospitais convencionais e de campanha (Ipea, 2022). Para tanto, foi importante a atuação de instituições acadêmico-científicas, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), das instituições de representação dos gestores em âmbito nacional, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), assim como do Consórcio Nordeste, das instituições acadêmico-científicas, de movimentos e organizações da sociedade civil, e da mídia.

Nesse processo, a resposta brasileira à pandemia dependeu muito da capacidade dos estados de coordenação do SUS em seus territórios, em articulação com os municípios, o que foi fundamental para a organização e ampliação da oferta de leitos hospitalares e para a imunização da população. Contudo, isso se deu ao custo da fragmentação dessa resposta, que não teve condições para ser minimamente uniforme no país, e do enfraquecimento do Programa Nacional de Imunização e do MS como um todo em seu papel de dirigente nacional do SUS.⁸ Por esse contexto e pela falta de recomposição do quadro de servidores nos últimos anos, no fim da gestão 2019-2022, tem-se um ministério prejudicado em sua capacidade técnica e de coordenação do sistema de saúde.

Na transição de governo, o compromisso com a reversão do quadro de retrocesso na política de saúde foi reforçado, tanto no discurso de posse do presidente Lula, quanto no da ministra da Saúde, Nísia Trindade. Na fala do presidente, apareceu

8. Contribuiu para o enfraquecimento da capacidade de o MS dirigir nacionalmente o SUS a "militarização" do órgão, no período em que o general Eduardo Pazuello atuou como ministro da Saúde (entre maio de 2020 e março de 2021). Nesse período, vários cargos do alto escalão do ministério foram ocupados por integrantes das Forças Armadas, sem formação ou experiência em saúde pública, conferindo a esse órgão características de organização militar, com elevada hierarquização interna e submissão do ministro ao comando do presidente da República. É emblemática a frase dita pelo ministro a Bolsonaro em uma transmissão ao vivo na internet, em situação em que o ministro foi desautorizado pelo presidente em relação à compra da vacina anticovid da China, Coronavac: "É simples assim: um manda e o outro obedece". Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuello-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>.

de forma genérica com a promessa de “recompor os orçamentos da Saúde para garantir a assistência básica, a Farmácia Popular, promover o acesso à medicina especializada”.⁹ Por sua vez, na fala da ministra, emergiu de forma mais específica, ressaltando a necessidade de valorização da ciência e tecnologia, da educação, da cultura, da cooperação federativa, da participação e do controle social. Além disso, foi enfatizada a necessidade de resgate da liderança do governo federal junto aos demais entes, com pactuação tripartite, e da revogação de normativas “que ofendem a ciência, os direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos no marco legal brasileiro e que reduziram diversas posições do Ministério da Saúde em uma agenda conservadora e negacionista da ciência”.¹⁰

Para viabilizar a implementação de algumas promessas de campanha já no primeiro ano da gestão, entre elas o fortalecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), o novo governo conseguiu aprovar no Congresso Nacional, ainda em dezembro de 2022, a Emenda Constitucional (EC) da Transição de Governo, EC nº 126 (Brasil, 2022b). Com isso, o MS teve recursos adicionais alocados ao seu orçamento de 2023 (R\$ 22,7 bilhões).¹¹ A aprovação dessa emenda também foi relevante, porque dispôs sobre a condição para a revogação do teto de gastos,¹² que se daria com a aprovação de novas regras fiscais por meio de Lei Complementar (LC). A LC nº 200 (Brasil, 2023a), que instituiu o regime fiscal sustentável e foi sancionada em agosto de 2023, enterrou o teto de gastos e sua regra de aplicação mínima federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Assim, o piso federal em ASPS voltou a estar vinculado à receita corrente líquida (RCL) da União, nos termos da EC nº 86 (Brasil, 2015).

Mas essa conquista não foi fácil. Ela ocorreu em meio a grandes tensões decorrentes de um Congresso Nacional mais ávido pela alocação de parcelas crescentes de recursos por emendas parlamentares, em parte de execução compulsória, e de um novo conjunto de regras fiscais que pressionam os pisos da União em saúde e em educação, o que desafiará o financiamento federal do SUS nos próximos anos. Essas mudanças e suas repercussões serão apresentadas e discutidas detalhadamente mais adiante neste capítulo, na seção sobre execução orçamentário-financeira do MS.

Quanto à participação do MS na elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, que tem por lema “reconstrução e transformação do Brasil”, foi desafiadora a busca da articulação interna necessária para a realização de um planejamento atinente às prioridades da nova gestão, a poucos meses de seu início, em um contexto

9. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/932450-leia-o-discurso-do-presidente-lula-na-integral/>.

10. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/confira-o-discurso-da-ministra-da-saude-nisia-trindade-durante-a-cerimonia-de-posse>.

11. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/12/22/orcamento-e-aprovado-com-dinheiro-extra-para-programas-sociais-e-infraestrutura>.

12. O teto de gastos foi estabelecido pela EC nº 95/2016.

de reorganização institucional e reformulação de várias políticas. Nesse processo, cada órgão responsável por determinada política participou de oficinas específicas de sua área de atuação, com presença de representantes de outros órgãos convidados, em dois ciclos de oficinas temáticas do PPA. No primeiro ciclo, foram discutidos os programas e seus objetivos gerais;¹³ e no segundo ciclo, para cada programa, os objetivos específicos, as entregas, os indicadores de resultado e de produto, as medidas institucionais e as normativas.¹⁴ Os programas discutidos nas oficinas e que constituem o plano são a seguir mencionados.

- 1) Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar/SUS).
- 2) Saúde Indígena.
- 3) Vigilância em Saúde e Ambiente.
- 4) Desenvolvimento, Inovação, Produção e Tecnologia em Saúde.
- 5) Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital em Saúde.
- 6) Atenção Especializada à Saúde.
- 7) Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023b).

No PPA 2024-2027, a saúde compõe o eixo “desenvolvimento social e garantia de direitos”, que tem foco na promoção do bem-estar e da igualdade por meio do combate às desigualdades sociais e da consolidação e universalização dos direitos de cidadania. Enunciou-se como principal desafio desse eixo, no que se refere à saúde, a garantia de oferta de um serviço de “saúde pública integral, com qualidade e prontidão”. O objetivo estratégico estabelecido é “ampliar o acesso da população à saúde pública de qualidade por meio do fortalecimento do Sistema Único de Saúde”. Além disso, a saúde (atenção primária e especializada, saúde digital, preparação para emergências sanitárias e aumento da capacidade produtiva nacional de fármacos, biofármacos, vacinas e hemoderivados) foi incluída no rol das seis prioridades do governo, que incluem ainda o novo Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (Brasil, 2023b).

Ainda sobre o planejamento do MS, além das dificuldades inerentes à transição de governo em um contexto de reconstrução, após soluções de continuidade ou desmobilização em várias frentes de trabalho conduzidas pelo ministério, outra adversidade residiu na sincronização do tempo para um processo mais lógico de planejamento. Os trabalhos envolvendo a elaboração do PPA foram conduzidos ao longo do primeiro semestre de 2023, especialmente entre os meses de maio

13. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta1/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13713-oficinas-setoriais-do-processo-de-elaboracao-do-plano-plurianual-2024-2027-definem-os-programas>.

14. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta1/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13946-ipea-participa-da-construcao-e-entrega-do-ppa-2024-2027-fortalecendo-a-interlocucao-entre-governo-e-sociedade>.

e junho, e o prazo de apresentação do projeto de plano pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional é 31 de agosto do primeiro ano de cada governo. Contudo, a 17ª Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual deveriam ser obtidas as diretrizes para subsidiar o planejamento federal, a formulação e reformulação de políticas públicas nessa área, foi realizada entre 2 e 5 de julho de 2023. Ou seja, não houve tempo suficiente para análise e apropriação adequadas das propostas submetidas e discutidas nesta conferência de saúde.¹⁵

A ordem para um processo de planejamento mais encadeado e lógico seria primeiramente realizar a Conferência Nacional de Saúde, porque ela provê as diretrizes estabelecidas com base na participação popular; usar o relatório da conferência na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), que deve levar ainda em consideração as necessidades de saúde da população e prioridades definidas nos planos de saúde do Distrito Federal e dos estados, por sua vez baseados nas necessidades e prioridades elencadas pelos municípios, assim como deve considerar as prioridades do presidente da República, recentemente eleito; e, por fim, a partir do planejamento setorial, definir os compromissos e as prioridades de médio prazo do governo federal a serem explicitados no PPA (Vieira *et al.*, 2023a).

Mas, ao fim, o PNS foi o último instrumento produzido neste ciclo de planejamento. Em julho de 2023, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou orientações estratégicas para a produção do PPA e do PNS, a partir das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2023c) e, em fevereiro de 2024, aprovou o PNS 2024-2027 (Brasil, 2024c). Essa situação também constitui indício da perda de relevância do PNS no processo de planejamento do governo federal.

Quanto ao novo PAC, na área da saúde, o objetivo declarado é reduzir os vazios assistenciais para alcançar populações desassistidas, por meio da ampliação da oferta de serviços do SUS, com foco na atenção primária e especializada, fortalecimento de políticas de preparação para emergências sanitárias, ampliação da capacidade produtiva do complexo industrial da saúde e expansão da saúde digital. A previsão é de investimento de R\$ 29,3 bilhões entre 2023 e 2026, com a aplicação de mais R\$ 1,2 bilhão após 2026. Na atenção primária, as ações previstas são a retomada e conclusão de obras de unidades básicas de saúde (UBS), seleção e construção de novas UBS e disponibilização de novas unidades odontológicas móveis, com investimento total previsto de R\$ 7,4 bilhões. Por sua vez, na atenção especializada, estão estimados investimentos de R\$ 13,8 bilhões na retomada e conclusão de obras em unidades de radioterapia, para construção de novas maternidades, policlínicas,

15. As conferências de saúde estão previstas na Lei nº 8.142/1990, e são instrumentos de participação popular por meio dos quais vários segmentos sociais avaliam conjuntamente a situação de saúde e propõem diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo.

centros de atenção psicossocial, construção e ampliação de hospitais estaduais e federais, disponibilização de ambulâncias e equipagem de centrais de regulação.¹⁶ Trata-se da iniciativa mais estruturante para ampliação da oferta de serviços no SUS desde 2015, quando se inicia a crise econômica mais recente e, na sequência, é instituído o teto de gastos.

Em relação à implementação de novas políticas e programas, a nova gestão sinalizou para o reforço das estratégias de telessaúde, por meio da criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi).¹⁷ Essas estratégias têm sido estimuladas pela OMS como forma de ampliação do acesso a serviços de saúde para a garantia da saúde universal (WHO, 2021).

Em relação à temática da ciência, tecnologia e inovação em saúde, a mudança de gestão no governo federal resultou na retomada de iniciativas que vinham sendo enfraquecidas desde 2016. Nesse aspecto, merece destaque a instituição da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), com a finalidade de orientar os investimentos, públicos e privados, nos segmentos produtivos da saúde e em inovação, a fim de se reduzir a vulnerabilidade do SUS e de se ampliar o acesso à saúde (Brasil, 2023d). Além da retomada do desenvolvimento do Ceis, foi reativado o Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Geceis), sob a liderança do MS, para formular e propor medidas nessa temática para o SUS (Brasil, 2023e).

Por fim, coube à nova gestão implementar o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual (PPSM), instituído pela Lei nº 14.121/2021 (Brasil, 2021) e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 729/2023 (Brasil, 2023f). A distribuição de absorventes deve ser realizada em estabelecimentos de APS, escolas da rede pública, além de unidades da rede de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (Suas), presídios, instituições para cumprimento de medidas socioeducativas e outros equipamentos que atendam aos critérios do programa. Além da oferta gratuita de absorventes, o programa prevê ações de comunicação e publicidade referentes à dignidade menstrual, formação de agentes públicos quanto ao tema e promoção de medidas para o enfrentamento às vulnerabilidades na área da saúde menstrual que possam comprometer o desenvolvimento pleno das pessoas que menstruam, em todo o seu ciclo de vida.¹⁸

Assim, considerando-se a situação deixada pela gestão que se encerrou em 2022 e os desafios a serem enfrentados, em todos os âmbitos do sistema público de saúde, pela nova gestão do governo federal, na seção que segue, buscou-se

16. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/novopac/saude>; e <https://saibaafundo.saude.gov.br/novo-pac/>.

17. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi>.

18. Segundo dados do MS, a distribuição dos absorventes se iniciou em janeiro de 2024 e, até março do mesmo ano, foram beneficiadas mais de 1,3 milhão de pessoas, em mais de 3.700 municípios, com cerca de 56,8 milhões de absorventes. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202404/distribuicao-gratuita-de-absorventes-chega-a-1-3-milhao-de-brasileiros>.

abordar o estado da arte das políticas e dos programas em 2022 e as repercussões da transição de governo para áreas estratégicas do SUS.

3 ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE

3.1 APS

A APS compreende o primeiro nível de atenção e abrange um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abarca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades (Brasil, 2017).

Neste capítulo, serão examinados os principais programas e políticas da APS que sofreram transformações significativas com a transição da gestão federal do governo Bolsonaro (2019-2022) para o governo Lula (2023-2026).

3.1.1 Programa Mais Médicos

Criado pela Lei nº 12.871, em 22 de outubro de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) foi concebido com o objetivo de mitigar a escassez de médicos em áreas geográficas com carência desses profissionais, contribuindo para a redução de disparidades regionais em saúde (Brasil, 2013). O programa visa ainda fortalecer a prestação de serviços na APS no país e enriquecer a vivência dos médicos recém-vinculados a ele, por meio de sua atuação nas unidades de atendimento do SUS, proporcionando mais entendimento da realidade da saúde da população brasileira.

O PMM foi estruturado em um tripé de ações para ampliar a oferta de médicos e melhorar as condições assistenciais nos municípios brasileiros, conforme resumido a seguir.

- 1) Investimento na melhoria da infraestrutura das redes de atenção à saúde.
- 2) Ampliação da oferta de cursos e vagas em medicina, incluindo amplas reformas educacionais na graduação e residência médicas.
- 3) Implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que trata da provisão emergencial de médicos em áreas prioritárias para o SUS e da redução das desigualdades distributivas (Girardi *et al.*, 2016).

Para expandir a oferta de médicos no início do programa, um acordo foi firmado entre Brasil e Cuba, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e médicos cubanos ingressaram no país para atuar no PMM. Essa medida mostrou-se politicamente controversa, com atores de alguns setores posicionando-se contrariamente a ela (Morais *et al.*, 2014). Até o fim de 2018, ano de saída

dos médicos cubanos, o PMM contava com 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas.¹⁹

3.1.2 Programa Médicos pelo Brasil

Com fortes críticas ao PMM,²⁰ a gestão Bolsonaro lançou, em dezembro de 2019, o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), com o objetivo de gradualmente substituí-lo (Brasil, 2019). A execução desse novo programa foi atribuída à recém-criada Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituída pelo Decreto nº 10.283/2020. O MS assumiu a responsabilidade pelo dimensionamento das vagas, a supervisão e a fiscalização do programa (Brasil, 2020). Importante observar que, embora o PMM não tenha sido encerrado, e novas vagas tenham sido direcionadas ao novo programa, houve um impacto significativo no provimento dos médicos, devido ao término da parceria com Cuba e a outras mudanças iniciadas durante a gestão Temer, que enfraqueceram o modelo inicialmente estabelecido.

Em 2014, o PMM contava com cerca de 11.400 médicos cubanos. Em meados de 2018, esse número se reduziu para 8.300 e, em 2019, com o rompimento do acordo com Cuba, todos os médicos cubanos tiveram que deixar o programa, o que resultou em uma diminuição drástica do total de médicos participantes, de 16 mil para 8.400. A Amazônia foi a região onde o impacto da ruptura foi mais sentido, com o esvaziamento de diversos postos de trabalho médico, o que afetou principalmente indígenas e ribeirinhos (Costa, Carvalho e Macedo, 2023).

A principal ênfase estabelecida para o PMpB foi a disponibilização de médicos em áreas de difícil provimento ou com alta vulnerabilidade, para preencher as lacunas de assistência médica por meio de processo seletivo estruturado (Brasil, 2019). A determinação da elegibilidade dos municípios para participação no programa estava diretamente relacionada à classificação geográfica previamente estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que incluía categorias como “rural remoto”, “rural adjacente”, “intermediário adjacente” e “urbano”, que foram incorporadas na versão da política nacional de atenção básica aprovada em 2017. Nesse contexto, a categoria “rural remoto” era considerada a de maior prioridade, enquanto a “urbana” era classificada como a menos prioritária. Além disso, o programa englobou áreas especiais, como os distritos sanitários especiais indígenas (DSEIs) e comunidades ribeirinhas e remanescentes de quilombos, que receberam atenção especial para a alocação de médicos.

19. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/02/2.-c-SAPS-DO-FUTURO-CIT-16.02.2023_MAI-MEDICOS-1.pdf.

20. As críticas mais frequentes, principalmente de entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), eram relacionadas à formação, considerada mais rápida dos médicos cubanos, e à dispensa de revalidação dos diplomas desses profissionais. Essas entidades também criticavam o acordo entre os países, segundo o qual somente uma parte da remuneração paga ficava com os profissionais, além de outras críticas de fundo político-ideológico.

Outro objetivo do PMpB foi fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade no âmbito da APS, o que também fazia parte do PMM. Os profissionais contratados pelo PMpB, após atuarem como bolsistas e se especializarem nessa área, poderiam ser contratados como celetistas, com expectativa de progressão de carreira. Além disso, apenas médicos com registro junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM) podiam se candidatar às vagas, diferentemente do PMM, em que médicos intercambistas²¹ também estavam aptos a participar do programa.

3.1.3 Resultados do PMpB e do PMM em 2022

Segundo o MS, o PMpB estabeleceu novos critérios para a elegibilidade dos municípios e para o cálculo do número de vagas, com o objetivo de expandir o alcance para um número maior de municípios, com prioridade para as regiões Norte e Nordeste – identificadas como as regiões com maior carência de profissionais (Brasil, 2023g).²² Em 2022, no contrato de gestão firmado entre o MS e a Adaps, 5 mil vagas foram contratualizadas para o PMpB. Ao fim de 2022, considerando-se os dois programas de provimento de profissionais para a APS (PMM e PMpB), 13.535 vagas foram ocupadas, distribuídas em 3.967 municípios e 34 DSEIs. Deste total, 8.680 vagas foram preenchidas pelo PMM e 4.855 pelo PMpB. Observa-se que as 5 mil vagas disponibilizadas pela Adaps em 2022 não foram completamente preenchidas e o número de profissionais disponibilizados pelos dois programas ficou abaixo do pico alcançado pelo PMM no passado.²³

Em relação à retenção profissional e ocupação das vagas do PMpB, um estudo realizado por profissionais vinculados à Adaps apontou que, ao fim de 2022, o percentual de vagas ocupadas foi de 97,1%, com 4.855 médicos em atuação. Do total de médicos contratados, apenas 4,6% foram desligados (Santos *et al.*, 2023). Em 2022, de um total de 2.835 municípios com vagas previstas, havia médicos do programa em 2.777 deles. Os autores relatam que esses resultados contrastam com o PMM, em que 54% dos médicos brasileiros participantes, entre 2013 e 2017, foram desligados do programa em até um ano e meio após o início de suas atividades.

Uma característica citada no estudo como inovação do PMpB foi a criação de uma carreira médica na APS, dado que os médicos são contratados via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com níveis de progressão na carreira e possibilidade de movimentação entre municípios onde há vagas disponíveis. A contratação de médicos no regime celetista pela Adaps pode ser entendida como uma evolução

21. Médicos que, independentemente da nacionalidade brasileira ou estrangeira, tenham registro profissional no exterior.

22. Os critérios incluem: classificação geográfica, definida pelo IBGE; percentual da população socioeconomicamente vulnerável; indicadores de arrecadação *per capita* tributária municipal; população SUS dependente; internações por condições sensíveis à APS; e cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

23. No auge de sua implementação, o PMM alcançou um número total de 16.041 profissionais vinculados (Costa, Carvalho e Macedo, 2023).

do desenho do PMpB em relação ao PMM. Diversos direitos trabalhistas não estão contemplados no regime de bolsas, o que reflete a precarização do trabalho no setor da saúde e pode ser um desestímulo para o ingresso dos médicos no programa. Entretanto, o PMpB ainda é recente, e mais estudos são necessários para avaliar comparativamente o desempenho e a efetividade dos dois programas ao longo do tempo.

3.1.4 Novo PMM em 2023

A atual gestão do presidente Lula anunciou a retomada do PMM, com abertura de 15 mil novas vagas para o ano de 2023 e meta de 28 mil médicos ativos no programa até dezembro de 2023 (Brasil, 2023u). Também foram implementadas mudanças no programa para se obter maior retenção dos profissionais nos territórios. O médico que participa do PMM, selecionado por meio de edital, poderá fazer especialização e mestrado em até quatro anos. Os profissionais também passaram a receber benefícios, proporcionalmente ao valor mensal da bolsa, para atuarem nas periferias e regiões mais remotas. Foi criado um incentivo de fixação ao permanecer por pelo menos 36 meses no programa, podendo receber adicional de 10% a 20% da soma total das bolsas recebidas em todo o período que esteve no programa, a depender da vulnerabilidade do município (Brasil, 2023h).²⁴

Além disso, foi introduzida uma compensação na licença-maternidade, para atingir o mesmo valor da bolsa durante o período de seis meses de licença, complementando o auxílio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o que não ocorria anteriormente. Para os participantes do programa que se tornarem pais, foi garantida licença-paternidade com percepção da bolsa por um período de até vinte dias. Outra alteração é direcionada aos beneficiados pelo Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies), que poderão receber incentivos ao participarem do programa por pelo menos doze meses. Também é concedida pontuação adicional de 10% na seleção de programas de residência para os médicos que concluírem a especialização em medicina de família e comunidade. E o acordo firmado entre Brasil e Cuba para provimento de médicos cubanos no programa não foi retomado.

O PMpB e o PMM continuaram a coexistir em 2023, com duas modalidades de provimento de médicos em execução pelo governo federal. Diferentemente do PMpB, em que as bolsas e a remuneração pelo regime celetista eram totalmente financiadas pelo MS; no PMM, uma parte das vagas demandará contrapartida do município, que ficará responsável por custear o pagamento das bolsas dos médicos contratados. Outra modificação em relação ao PMpB foi a transformação

24. A vulnerabilidade social do município tem sido classificada em categorias de muito baixa a muito alta, a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de cada ente, calculado pelo Ipea. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/379-transmissao-sobre-o-mais-medicos-esclarece-duvidas-sobre-os-editais-abertos-do-programa>; e <https://aps.saude.gov.br/noticia/21777>.

da Adaps em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS) pela Lei nº 14.621/2023 (Brasil, 2023h).²⁵ O quadro 1 apresenta as principais diferenças entre os dois programas.

QUADRO 1
Comparação entre o PMM de 2023 e o PMpB de 2022

Programa	Mais Médicos	Médicos pelo Brasil
Processo de contratação	Chamamento público.	Processo seletivo.
Operacionalização	Responsabilidade do MS, com participação do Ministério da Educação (MEC).	Responsabilidade da Adaps, com supervisão do MS.
Perfil dos municípios atendidos	Municípios de todos os perfis, inclusive em centros urbanos.	Municípios de difícil provimento e alta vulnerabilidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
Vínculo de trabalho	O médico é bolsista durante toda a participação no programa, com possibilidade de concluir especialização, mestrado ou aperfeiçoamento.	O médico pode ser contratado como celetista após dois anos como bolsista, com expectativa de progressão de carreira, mediante conclusão de especialização em Medicina da Família e Comunidade.
Remuneração	Pode ser custeada pelo MS ou pelo município (contrapartida).	Custeada exclusivamente pelo MS.
Vagas	Previsão de 15 mil em 2023, sendo 5 mil custeadas pelo MS e 10 mil por contrapartida dos municípios.	Cinco mil vagas em 2022, custeadas exclusivamente pelo MS.

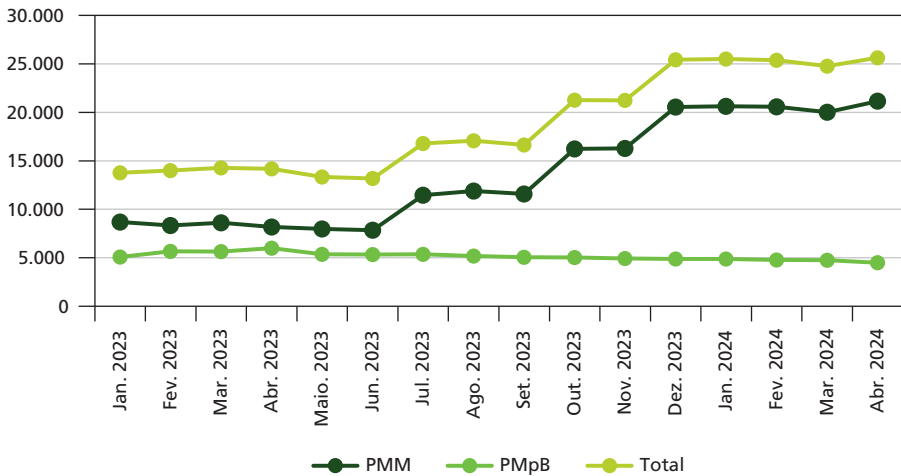
Fonte: Brasil (2019; 2023h).
Elaboração dos autores.

O gráfico 1 apresenta os dados dos profissionais atuantes em ambos os programas de provimento, entre janeiro de 2023 e abril de 2024. Conforme dados do MS,²⁶ em abril de 2024, o quantitativo de médicos atuantes nos dois programas era de 25.636 profissionais, sendo 21.148 do PMM e 4.488 do PMpB (82,5% e 17,5% respectivamente). Em abril de 2023, a proporção de médicos do PMM e do PMpB em relação ao total de ambos os programas era de 58% e 42% respectivamente (Brasil, 2024a). A expansão do número de profissionais em atuação ocorreu com mais intensidade a partir de julho de 2023 e esteve concentrada nas vagas do PMM, enquanto o PMpB manteve um número estável de profissionais, com ligeira queda nos últimos meses analisados. Nota-se, portanto, que a orientação do atual governo é pela expansão do PMM em detrimento do PMpB. E a meta de 28 mil médicos atuantes no programa estabelecida para dezembro de 2023 não foi atingida.

25. Não houve mudanças substanciais nas competências da AGSUS em relação à Adaps. Com a edição da Lei nº 14.621, a AgSUS incorporou, além da finalidade de promover a APS, também a execução de políticas de desenvolvimento da atenção à saúde indígena.

26. Disponível em: Painel de Monitoramento do Programa Mais Médicos. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMTNkOGY2YzMtODg0My00NzYyLWI5NTMtZjhlNTc1NTgzM2EylwiwidCI6IjhlNTU0YVWQzLWI1MmltNDg-2Mi1hMzZmLTg0ZDg5MmU1YzcvNSJ9>. Acesso em: 19 abr. 2024.

GRÁFICO 1
Número de médicos no PMM e PMpB (jan. 2023-abr. 2024)



Fonte: Brasil (2024d).
Elaboração dos autores.

Em relação ao impacto do PMM, um estudo de regressão de diferenças em diferenças foi desenvolvido para avaliar os efeitos da sua implementação em 5.565 municípios, no período de 2008 a 2017 (Hone *et al.*, 2020). Os resultados demonstraram uma redução na taxa de mortalidade, com benefícios mais significativos observados em municípios que foram priorizados para a alocação de médicos e que apresentavam uma baixa densidade de médicos antes da implementação do programa, ou seja, municípios com perfis mais vulneráveis.

Portanto, o PMM revelou impactos positivos ao longo do período analisado. Isso está em consonância com achados tanto em âmbito nacional quanto internacional, que destacam o aumento e a melhoria da qualidade da APS quando médicos integram as equipes da ESF, contribuindo assim para aprimorar os cuidados de saúde.

Um dos grandes desafios do PMM e do PMpB é a retenção, por longo prazo, dos profissionais no programa (Costa, Carvalho e Macedo, 2023). A baixa fixação desses profissionais ocorre especialmente em áreas remotas e nos DSEIs, e provavelmente está atrelada às condições de trabalho nesses locais, além da necessidade de atualização profissional contínua, presente essencialmente nos grandes centros. Problemas estruturais, como a precariedade da APS em municípios mais carentes de assistência médica, e o valor da remuneração são também pontos relevantes.

Ademais, o PMM, relançado em 2023, embora tenha trazido inovações para torná-lo mais atrativo, em grande medida mantém o desenho, sem soluções a curto e médio prazos para questões persistentes, como a baixa procura de médicos por

regiões mais remotas, permanecendo grandes vazios assistenciais nessas localidades. O modelo misto de provimento vigente em 2022, com duas modalidades de programa que competiam entre si, revelou tendências contraproducentes, já que havia a possibilidade de sobreposição de ações e competição por profissionais (Costa, Carvalho e Macedo, 2023). Entretanto, o PMpB atualmente está estagnado, dado que nenhum novo edital foi aberto em 2023 ou 2024, permanecendo no programa apenas os profissionais que participaram dos processos seletivos realizados em 2021 e 2022.

Por um lado, a continuidade no PMM, redesenhado em 2023, do modelo de remuneração por meio de bolsas, perpetua a precarização do vínculo de trabalho no PMM. Apesar da longa existência do programa, não parece haver indicativos de que a criação de uma carreira institucionalizada venha a ser incluída no atual desenho. Por outro lado, o vínculo celetista e os benefícios decorrentes dessa modalidade de contratação no PMpB parecem ter um efeito maior na retenção dos profissionais a longo prazo, em comparação com o PMM. No entanto, será necessário mais tempo para avaliar se esse resultado se sustenta.

Em conclusão, as recentes alterações no PMM, anunciadas pelo novo governo, visam expandir a disponibilidade de profissionais de saúde, inclusive em áreas remotas e de difícil provimento. No entanto, é necessário discutir como aprimorar o programa, integrando de forma articulada as duas iniciativas para reduzir as desigualdades regionais no acesso à saúde e manter os profissionais vinculados aos programas. Recomenda-se uma avaliação abrangente do desenho atual do PMM e do PMpB, explorando-se oportunidades de aperfeiçoamento estrutural e institucional, além de se avaliar a eficácia da colaboração entre os níveis federativos e considerar novos modelos de pactuação adaptados à realidade diversificada dos municípios.

3.1.5 ESF

A partir de 2017, foram incorporadas mudanças significativas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com estímulo de outras configurações de equipe, como a de atenção básica tradicional, sem a presença obrigatória do agente comunitário de saúde (ACS). As equipes de Saúde da Família (eSFs) foram financiadas exclusivamente até 2017, quando houve a instituição das equipes de Atenção Primária (eAPs). Adicionalmente, o Programa Previne Brasil, instituído na gestão do governo Bolsonaro, estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, e teve um papel catalisador no desfinanciamento da ESF, que vinha perdendo paulatinamente sua capacidade de ampliação (Ipea, 2022).

O Programa Previne Brasil alterou a forma de distribuição de recursos para a atenção básica de saúde no país, substituindo o modelo tradicional baseado em valor por pessoa (Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo), calculado para toda a população, e em incentivos variáveis (PAB Variável), pelo repasse baseado em resultados. Esta mudança incluiu a adoção de uma abordagem de capitação ponderada, considerando somente a população cadastrada e fatores como perfil demográfico, vulnerabilidades socioeconômicas e critérios geográficos, em vez de apenas a população total. No entanto, críticas apontam para um possível foco excessivo em indicadores de desempenho, o que pode levar à priorização de ações para obter melhores pontuações, em detrimento de outras necessidades da população. Além disso, há preocupações com regiões que podem enfrentar dificuldades na obtenção de recursos suficientes e a possibilidade de enfraquecimento da perspectiva comunitária e territorializada da ESF (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020; e Seta, Ocké-Reis e Ramos, 2021).

As eAPs diferem em sua composição, em comparação com as eSFs. As primeiras devem, no mínimo, incluir um médico e um enfermeiro, preferencialmente com especialização em saúde da família. Cada um desses profissionais pode trabalhar vinte ou trinta horas semanais. Por sua vez, a eSF requer, no mínimo, a presença de um médico, um enfermeiro, um ACS e um técnico de enfermagem, cada um trabalhando quarenta horas semanais. Ambos os tipos de equipe devem ser adaptados para atender às características e necessidades específicas de cada município, seguindo as diretrizes da PNAB e os princípios fundamentais da APS, que incluem o acesso de primeiro contato, continuidade do cuidado, coordenação e integralidade.

As alterações nas normas federais relativas à APS e as mudanças na composição das equipes levaram à competição entre os modelos de eSFs e eAP (Mendonça *et al.*, 2023). Considerando as conquistas trabalhistas dos ACS em relação aos seus vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria, a opção pelo fortalecimento das eAPs alivia o ônus financeiro das administrações municipais. Isso torna a composição das eAPs mais atrativa, uma vez que elas requerem menos profissionais em comparação com as eSFs, resultando em custos mais baixos. Além disso, sua organização é mais flexível devido à carga horária, e elas também recebem apoio financeiro federal (Morosini, Fonseca e Lima, 2018).

Entre 2017 e 2021, o cadastro de eAP apresentou um crescimento impressionante de 821,5%, enquanto as eSFs tiveram um aumento de 17,9%. Essa disparidade foi observada em todas as regiões do país, inclusive nas áreas com populações mais dependentes do SUS (Mendonça *et al.*, 2023). A tabela 1 apresenta a evolução do número de equipes da PNAB no período compreendido entre 2017 e 2021.

TABELA 1
Evolução do número de equipes da PNAB (2017-2021)

Modalidades de equipes	2017		2018		2019		2020		2021		Varição
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)	(%)
Equipe de Saúde da Família	42.388	61,21	44.190	60,92	44.334	60,78	48.850	59,46	49.989	56,13	17,93
Equipe de Atenção Básica/Primária	488	0,70	535	0,74	524	0,72	2704	3,29	4497	5,05	821,52
Equipe de Saúde Bucal	26.369	38,08	27.817	38,35	28.083	38,50	30.597	37,24	34.579	38,82	31,14
Total	69.245	100,00	72.542	100,00	72.941	100,00	82.151	100,00	89.065	100,00	28,63

Fonte: Mendonça *et al.* (2023).
Elaboração dos autores.

Os estímulos a outros arranjos de equipes de saúde, a flexibilização da cobertura do ACS e da atuação multiprofissional comprometem a sustentabilidade do modelo de Saúde da Família no SUS, pois facilitam a contratação de profissionais em um modelo que prioriza o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea, em detrimento da ESF, em que a ênfase é no trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, e que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (Mendonça *et al.*, 2023). Além disso, a mudança na política de financiamento da APS teve como uma das implicações o fortalecimento de um modelo mais voltado ao conceito de cobertura universal do que ao conceito de acesso universal,²⁷ uma vez que o recurso está vinculado, principalmente, à população cadastrada (Pereira *et al.*, 2022).

O MS indicou que se atingiu 75% de cobertura populacional com APS, conforme competência de dezembro de 2022 do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (Brasil, 2023g). Para o cálculo da cobertura da APS no relatório, foi considerado, no numerador, o quantitativo de pessoas cadastradas pelas eSFs e eAPs financiadas pelo MS até dezembro de 2022, representando 160.254.667 pessoas. No denominador, consideraram-se 213.317.639 pessoas, que corresponde à estimativa populacional divulgada pelo IBGE referente ao ano de 2021. Utilizando-se dados do Censo Demográfico 2022, a cobertura populacional da APS corrigida atingiu o patamar de 78% em 2022.

27. A diferença entre acesso universal e cobertura universal da saúde tem sido objeto de debate internacional. A questão do financiamento é central na proposta da cobertura universal, que estimula o aumento da participação privada no financiamento dos serviços de saúde e a expansão do mercado privado em saúde. A cobertura universal abrange a disponibilidade de uma cesta de serviços de saúde, tanto públicos como privados, porém não garante a cobertura de todas as necessidades de saúde da população. No acesso universal, a saúde é entendida como direito universal, com o Estado assumindo a responsabilidade pelo financiamento, pela gestão e oferta de serviços de saúde pública, de acordo com as necessidades de saúde da população.

Em relação à nova gestão do governo Lula, a partir de 2023, houve credenciamento de novas equipes e serviços da APS pelo MS. Conforme a Portaria GM/MS nº 425, de abril de 2023, foram credenciadas 1.474 eSFs em 559 municípios e 2.977 eAPs em 619 municípios (Brasil, 2023i). Além disso, em relação à saúde bucal, houve credenciamento de 2.085 equipes de Saúde Bucal (eSBs) com quarenta horas em 668 municípios; e 1.540 eSBs com carga horária diferenciada em 214 municípios. Também houve 35 novos credenciamentos de equipes de Consultório na Rua (eCRs), em 23 municípios. Houve ainda credenciamento de uma equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e alteração de catorze eSFs para eSFRs nos estados do Pará e Amazonas, além do credenciamento de unidades de apoio e embarcações de pequeno porte às eSFRs nesses estados.

Observa-se uma tendência de ampliação dos credenciamentos das eSFs, comparativamente aos credenciamentos da gestão anterior. Todavia, tanto em números absolutos quanto percentualmente, os credenciamentos de eAP, em 2023, superaram os de eSF. Como citado neste texto, a estruturação das eSFs apresenta um custo maior para o município, o que gera demanda maior pelas eAPs, como refletido nos dados de 2023. O papel indutor do governo federal é fundamental para o fortalecimento da ESF, como observado a partir dos anos 2000, em que houve sua expansão pelo país. A ESF alcança de forma mais intensa as populações vulneráveis, sendo sua presença mais impactante em áreas rurais, em que o acesso a serviços de saúde é mais difícil e serviços privados são residuais ou inexistentes, sendo o SUS o responsável pela atenção à saúde (Giovannella *et al.*, 2021).

Cabe ainda ressaltar a relação existente entre a expansão da ESF e o provimento de médicos pelo PMM. Como os médicos do programa somente podiam ser inseridos em equipes da ESF, o programa contribuiu de forma significativa para a expansão da ESF no período de 2013 a 2019.²⁸ Esse é um mecanismo indutor que pode ter impacto importante na retomada da expansão da ESF pelo governo federal na atual gestão, dado que ambos os programas foram priorizados em sua agenda política.

3.2 Atenção especializada em saúde

Na atenção especializada em saúde, o ano de 2022 é marcado pelo esforço de retomada dos atendimentos eletivos, reprimidos durante a pandemia de covid-19, seja pela restrição de acesso às unidades de saúde, que se voltaram prioritariamente aos atendimentos dos casos dessa doença, seja pelo receio das pessoas de estarem em um ambiente de maior risco de contágio (Mendes, 2020).

28. Entre 2013 e 2019, a cobertura da ESF aumentou 6,5 pontos percentuais (p.p.): de 56,1% para 62,6%. Isso corresponde a uma média de aumento de 1,1 p.p. ao ano (a.a.). Entre 2008 e 2013, o aumento da cobertura foi de 2,5 p.p., de 50,9% para 53,4%; isto é, 0,5 p.p. a.a. (Giovannella *et al.*, 2021).

Como mostra a tabela 2, a pandemia gerou impactos negativos sobre os atendimentos realizados na atenção especializada. A maioria dos grupos de procedimentos teve queda de produção em 2020 e 2021. Em comparação com 2019, ano anterior ao de início da crise sanitária recente, o número de procedimentos realizados em 2022 foi menor nos atendimentos ambulatoriais para ações de promoção e prevenção (-23,1%), procedimentos clínicos (-3,8%) e cirúrgicos (-53,5%). No caso dos atendimentos hospitalares, a redução ocorreu para os procedimentos diagnósticos (-6,1%) e clínicos (-1,3%). Na comparação entre 2022 e 2021, observa-se ampliação da produção, exceto no caso dos procedimentos clínicos realizados em unidades hospitalares, o que é indicio de retomada dos atendimentos eletivos com a redução dos casos graves de covid-19.²⁹

TABELA 2
Procedimentos realizados segundo grupos de ações e serviços de saúde e variação da produção em dois períodos¹

Grupos de procedimentos	2019	2020	2021	2022	Δ 2022/ 2019 (%)	Δ 2022/ 2021 (%)
Ambulatoriais						
01 – Ações de promoção e prevenção em saúde	285.459.429	197.404.141	193.537.612	219.390.698	-23,1	13,4
02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	981.737.958	785.870.526	961.772.946	1.102.047.849	12,3	14,6
03 – Procedimentos clínicos	1.380.348.835	983.132.518	1.098.136.247	1.327.550.389	-3,8	20,9
04 – Procedimentos cirúrgicos	43.607.576	23.925.772	17.367.540	20.258.579	-53,5	16,6
Hospitalares						
02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	28.326	19.999	23.086	26.611	-6,1	15,3
03 – Procedimentos clínicos	7.249.501	6.546.282	7.280.509	7.155.156	-1,3	-1,7
04 – Procedimentos cirúrgicos	4.996.963	4.058.892	4.261.210	5.135.135	2,8	20,5

Fonte: Brasil (2023g).

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ O ano de 2022 em relação a 2019; e 2022 em relação a 2021.

Contudo, a ampliação da produção observada em 2022 não foi suficiente para alcançar o mesmo patamar de oferta anterior à pandemia para a maioria dos procedimentos. Dessa forma, as filas para realização de exames, consultas especializadas e cirurgias, que já eram grandes, aumentaram e foram reconhecidas pela Comissão de Transição Governamental como um problema importante a ser enfrentado pelo governo federal nos primeiros meses da nova gestão (Comissão de Transição Governamental, 2022).

29. Segundo o Painel Covid-19 no Brasil, mantido pelo MS, em 2022, foram notificados 14,04 milhões de casos novos de covid-19, número ligeiramente menor que o de casos novos de 2021 (14,61 milhões). No mesmo período, o número de óbitos se reduziu 82,4%, passando de 424.110 para 74.800. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 7 dez. 2023.

Em atenção a essa recomendação da equipe de transição de governo, em fevereiro de 2023, o MS instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, com os objetivos principais de organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na atenção especializada, com investimento de R\$ 600 milhões em 2023. A adesão dos gestores ao programa foi condicionada ao envio para o MS do Plano Estadual de Redução de Filas, que deve ser elaborado conjuntamente pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão do Distrito Federal (Brasil, 2023j).

Conforme relatório de acompanhamento desse programa, datado de 14 de setembro de 2023, foram aprovados os planos de redução de filas dos 26 estados e do Distrito Federal. Entre os dez principais procedimentos cirúrgicos a serem realizados, encontram-se a focoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável, realizada no tratamento da catarata, com proposta de redução de 52,9% da fila de cirurgia;³⁰ a laqueadura tubária³¹ e a vasectomia,³² que são procedimentos de esterilização voluntária como método de contracepção, com estimativa de redução das filas em 48,8% e 57,4%, respectivamente (Brasil, 2023z).

Outra importante iniciativa da nova gestão nessa área foi a instituição da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), estabelecendo diretrizes, dimensões e eixos estruturantes para a criação e reformulação de políticas e programas nesse nível de atenção. Entre as diretrizes, destacam-se a ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial; a promoção da regionalização dos serviços de atenção especializada em saúde e da integração com os demais serviços na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e o fortalecimento da atenção primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a atenção especializada (Brasil, 2023l).

Quanto às dimensões, na PNAES, elas são colocadas como aspectos a serem considerados na estruturação da atenção especializada. A dimensão sistêmica envolve a articulação dos serviços de atenção especializada com os demais pontos de atenção e a integração das práticas profissionais, visando à implementação das RAS. A dimensão organizacional trata da organização das equipes multiprofissionais de forma interdisciplinar; e a dimensão profissional, de como os profissionais de saúde dos serviços especializados promovem o cuidado e interagem com os usuários (Brasil, 2023l).

30. Fila declarada de 167.509 pessoas, com proposta de realização de 88.662 cirurgias pelo programa.

31. Fila declarada de 42.102 pessoas, com proposta de realização de 20.559 cirurgias pelo programa.

32. Fila declarada de 29.303 pessoas, com proposta de realização de 16.832 cirurgias pelo programa.

Em relação aos eixos estruturantes da PNAES, foram definidos os mencionados a seguir.

- 1) Planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS, de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI).
- 2) Modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades de saúde da população e com base na universalidade, integralidade e equidade.
- 3) Fortalecimento e atuação integrada à atenção primária.
- 4) Integração da atenção especializada em saúde com a assistência farmacêutica e vigilância em saúde.
- 5) Regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência.
- 6) Informação, comunicação e saúde digital.
- 7) Gestão dos serviços de atenção especializada.
- 8) Formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em saúde.
- 9) Financiamento (Brasil, 2023l).

Destaca-se como uma inovação importante trazida pela PNAES a preocupação em estabelecer como eixo estruturante da política a integração da atenção especializada com a vigilância em saúde e, especialmente, com a assistência farmacêutica. No caso da assistência farmacêutica, a organização dos serviços para a dispensação de medicamentos não enfrentou até agora, de forma estruturada, os desafios da garantia da integralidade considerando as RAS. Pacientes são referenciados pelas unidades de atenção primária para atendimento em unidades de atenção especializada que, para uma grande parcela da população, se localizam em municípios distintos do seu de residência, sem uma política explícita sobre a garantia do acesso aos medicamentos prescritos, os quais geralmente não são dispensados nas UBS (Vieira, 2014; 2017). Se esses medicamentos não são fornecidos pelas unidades de saúde especializadas que realizaram o atendimento, muitos pacientes podem ter dificuldade em obtê-los. Essa situação pode levar ao desembolso direto dos pacientes para compra desses produtos ou à não adesão ao tratamento, pela falta de recursos financeiros para adquiri-los.

No que se refere à saúde mental, o início da nova gestão no MS marca uma reversão no processo implementado a partir de 2019, que chegou a ser chamado de contrarreforma psiquiátrica, porque estimulou a internação em hospitais psiquiátricos e por separar a saúde mental da política sobre álcool e outras drogas,

na contramão do que vinha sendo feito até então (Ipea, 2022). Em 2023, o MS retomou os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial para ampliar os atendimentos ambulatoriais realizados em Centros de Atenção Psicossocial (Caps), a fim de promover a desinstitucionalização das pessoas que necessitam de serviços em saúde mental.³³ Criou o Departamento de Saúde Mental como unidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), com o objetivo de melhorar o diálogo com a sociedade para aperfeiçoar a política de saúde mental, considerando os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial.³⁴ E revogou normativas que promoveram a contrarreforma mencionada nessa área (Brasil, 2023m; 2023v).

Em relação à Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Brasil, 2001), a Proposta de Emenda à Constituição nº 10, de 2022 (PEC 10/2022), também conhecida como PEC do plasma, que propõe autorizar a coleta e o processamento de plasma humano pela iniciativa privada para o desenvolvimento de novas tecnologias e produção de biofármacos (Brasil, 2023n), foi aprovada pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal em outubro de 2023. Trata-se de uma proposta bastante controversa, que produziu questionamentos oriundos de diversas instituições públicas. Por exemplo, a Fiocruz se manifestou no sentido de que a comercialização de plasma pode reduzir as doações voluntárias de sangue, uma vez que “há estudos que sugerem que, quando as doações são remuneradas, as pessoas podem ser menos propensas a doar por motivos altruístas”. Também argumentou que a doação mediante pagamento pode incentivar as pessoas em situação financeira difícil a venderem seu sangue e que pode produzir desigualdades no acesso, por facilitá-lo para quem puder pagar.³⁵

Por sua vez, o CNS recomendou o arquivamento da proposta pelo Congresso Nacional, destacando que essa PEC extingue o princípio de doação livre e espontânea, ao criar a possibilidade de doação remunerada. Além disso, avalia que ela representa um retrocesso para um modelo que já existiu no Brasil, e que foi superado pela Constituição Federal de 1988 – CF/1988 (Brasil, 2023o). Já a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) publicou documento em que apresenta dez motivos para o arquivamento da PEC do plasma. Entre eles, que a coleta privada do plasma enfraqueceria a hemorrede, que é fundamental para a obtenção de maior volume de plasma pela empresa, assegurando a produção nacional de hemoderivados; e que não há garantia de que os medicamentos produzidos a partir do plasma brasileiro seriam comercializados no Brasil e a preços

33. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/com-foco-em-atendimento-humanizado-e-cuidado-integral-ministerio-da-saude-fortalece-assistencia-para-saude-mental-no-sus>.

34. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme>.

35. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-10/fiocruz-se-posiciona-contra-pec-do-plasma>.

justos (Hemobrás, 2023).³⁶ Por sua vez, o governo federal se posicionou contrário à aprovação da PEC nº 10/2022 nos termos atuais, e ressaltou a importância de se evitar o desmantelamento da hemorrede e da Hemobrás e a insegurança jurídica que seria gerada com essa proposta.³⁷ Como se vê, há boas razões para a não aprovação dessa PEC.

3.3 Vigilância em saúde

Na vigilância em saúde, ocorreu, com a mudança de gestão, o reforço ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), com a intensificação das campanhas de vacinação. A imunização possui importância fundamental para a prevenção de doenças e o enfrentamento de epidemias (WHO, 2019). O retorno de doenças anteriormente controladas demanda a adoção de uma agenda estratégica de intensificação vacinal, com monitoramento e avaliação das coberturas vacinais.

O PNI é amplamente reconhecido como um dos marcos proeminentes na prevenção da incidência de diversas doenças e, em outubro de 2023, celebrou cinquenta anos de existência. O Brasil destaca-se como um país que disponibiliza uma extensa variedade de imunobiológicos de maneira gratuita, por meio de sua rede pública de saúde. A oferta abrange 48 imunobiológicos, compreendendo 31 vacinas, treze soros e quatro imunoglobulinas. As vacinas incluem tanto aquelas integradas ao Calendário Nacional de Vacinação quanto as destinadas a grupos específicos em condições clínicas especiais, como indivíduos portadores do vírus HIV ou aqueles submetidos a tratamentos para diversas doenças, como câncer e insuficiência renal (Brasil, 2023x).

Apesar do reconhecimento da importância do PNI, o Brasil vivenciou, em anos recentes, uma redução da população vacinada com vários imunizantes (Vieira *et al.*, 2023a). A diminuição da cobertura vacinal é uma realidade que afeta populações em diversas partes do globo, sendo um fenômeno multifatorial que se agravou durante a pandemia de covid-19. Felizmente, segundo dados do MS, essa tendência de queda parece ter sido interrompida em 2023, para a maioria dos imunizantes, quando sete das oito vacinas recomendadas para crianças de até 1 ano de idade tiveram aumento da cobertura. Para ilustrar, dados preliminares de cobertura vacinal desse público em 2023 (até outubro), em comparação com os de 2022 (doze meses), mostram a seguinte ampliação em p.p.: 5,5 para hepatite A (de 73% para 79,5%); 6,5 para pneumocócica primeiro

36. Disponível em: <https://hemobras.gov.br/dez-motivos-que-justificam-o-arquivamento-da-pec-do-plasma/>.

37. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2023/posicionamento-do-governo-federal-sobre-a-pec-do-plasma>.

reforço (de 71,5% para 78,0%); e 7,5 para poliomielite primeiro reforço (de 67,1% para 74,6%).³⁸

Uma possível explicação para a diminuição na cobertura vacinal pode ser atribuída a uma alteração no sistema de registro de dados de vacinação no país. Esta transição teve início em 2010 e foi consolidada em 2016, com a mudança do registro de doses aplicadas para o registro de pessoas vacinadas. Apesar do propósito de incluir informações mais detalhadas sobre os indivíduos vacinados e aprimorar a qualidade das informações, constatou-se que o resultado dessa modificação foi uma inserção irregular, inadequada e, por vezes, inoportuna de dados no sistema (Vieira *et al.*, 2023b).

A queda da cobertura vacinal no Brasil foi multifatorial, cujas causas abrangem diversos aspectos. Entre os principais fatores, destacam-se: a complexidade do calendário de vacinação do PNI; episódios pontuais de desabastecimento de vacinas; alterações no sistema de informação do PNI; restrições quanto ao horário e à localização das salas de vacinação, que geram barreiras de acesso para a população que não pode comparecer durante o horário de funcionamento devido à incompatibilidade com a jornada de trabalho; subfinanciamento do SUS (especialmente a partir de 2016); e a hesitação às vacinas (Couto, Barbieri e Matos, 2021).

A hesitação à vacina é definida pela OMS como o atraso ou recusa, apesar da disponibilidade, na administração das vacinas preconizadas (WHO, 2014). Não é uma novidade, e seus determinantes variam ao longo do tempo, sendo específicos para cada contexto (Sato, 2018). Segundo o MS, os objetivos da gestão em 2023 são ampliar a cobertura vacinal para todas as faixas etárias, reduzir a carga das doenças em eliminação e otimizar os recursos disponíveis para o enfrentamento deste grupo de doenças (Brasil, 2023g). Diminuir a hesitação vacinal e reintroduzir a cultura de vacinação em massa são também objetivos atuais das campanhas de imunização.

A maioria das intervenções exitosas direcionadas à redução da hesitação vacinal são aquelas que abarcam mais de um componente de ação e são voltadas ao aumento do conhecimento, como estratégias de comunicação, mídia, mobilização social, instrumentos informativos para profissionais de saúde (Nobre, Guerra e Carnut, 2022; Sato, 2018). Outras medidas incluem incentivos não financeiros, e métodos de agendamento e convocação para vacinação de públicos específicos (WHO, 2014).

Em outubro de 2023, foi promulgado o Programa Saúde com Ciência (Brasil, 2023y), uma estratégia interministerial sob a coordenação do MS. Este programa tem como objetivo principal a contenção da disseminação de

38. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/arquivos/19-12-12_apresentacao_dados_vacinacao.pdf.

informações falsas, a compreensão do fenômeno da desinformação e a minimização de seus impactos adversos de maneira preventiva. Seu enfoque central concentra-se na redução e atenuação dos efeitos prejudiciais que conteúdos enganosos possam exercer sobre as atividades do PNI.

O programa engloba diversas iniciativas, destacando-se o *site* Saúde com Ciência, um portal dedicado a facilitar o acesso da população brasileira a informações confiáveis sobre saúde. O programa estabelece, ainda, parcerias estratégicas com plataformas digitais, em colaboração com a Secretaria de Comunicação da Presidência da República.

Outra frente importante envolve a atuação dos profissionais de saúde da APS, que desempenham um papel estratégico na mitigação das resistências à vacinação. O estabelecimento de vínculos sólidos com o território e a comunidade local fomenta relações de confiança fundamentais para redução da hesitação vacinal. Além disso, esses profissionais fornecem informações sobre saúde de maneira qualificada e realizam busca ativa para identificar crianças não vacinadas, medidas cruciais para fortalecer as políticas de imunização (Souto *et al.*, 2024).

Além dessas medidas, é importante ainda capacitar continuamente profissionais de saúde para que forneçam informações atualizadas sobre vacinação; garantir a disponibilidade e acessibilidade às vacinas, ampliando os horários de atendimento das salas de vacinação, por exemplo; levar em consideração as crenças culturais e valores locais nas estratégias de comunicação, envolvendo a comunidade; e ampliar as parcerias com organizações governamentais, não governamentais (ONGs) e setor privado para ampliar os esforços de conscientização.

Em relação à vacinação contra a covid-19, esta foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação a partir de 2024. A recomendação do MS é que sejam priorizadas crianças de 6 meses a menores de 5 anos e os grupos com maior risco de desenvolver as formas graves da doença: idosos, imunocomprometidos, gestantes e puérperas, trabalhadores da saúde, pessoas com comorbidades, indígenas, ribeirinhos e quilombolas, pessoas vivendo em instituições de longa permanência e seus trabalhadores, pessoas com deficiência permanente, pessoas privadas de liberdade maiores de 18 anos, adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas, funcionários do sistema de privação de liberdade e pessoas em situação de rua.

Outra medida relevante na vigilância em saúde foi a criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds). O Programa Brasil Saudável, lançado em fevereiro de 2024, é um resultado das ações do Ciedds. A estratégia de atuação do programa envolve a definição de 175 municípios prioritários nas cinco regiões do país, que receberão ações intersetoriais para acelerar o processo de eliminação de doenças

e infecções determinadas socialmente, como tuberculose, malária, doença de Chagas, esquistossomose, hepatite B, aids/HIV e sífilis.

A despeito do reforço das iniciativas mais abrangentes em vigilância epidemiológica, houve um aumento significativo de casos de dengue entre 2023 e 2024. A dengue emerge como um desafio crescente para a saúde pública, sendo reconhecida como uma arbovirose de relevância global (Paz-Bailey *et al.*, 2024). O Brasil enfrenta atualmente um cenário epidemiológico crítico, marcado por elevadas taxas de incidência, hospitalizações e óbitos atribuídos à dengue. Essa realidade preocupante é resultado da interseção de diversos fatores, que incluem o rápido processo de urbanização, com expansão desordenada das cidades, problemas de saneamento básico e ambiental, e dificuldades em conter a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da doença, agora reforçados pelas mudanças climáticas. Em 2001, Tauil apontava a relação entre as mudanças demográficas decorrentes de fluxos migratórios do campo para as cidades, que resultaram no inchaço de cidades e a consequente expansão de bairros nas periferias sem infraestrutura e saneamento básico adequado, com aumento do número de criadouros do mosquito vetor e o ressurgimento da dengue (Tauil, 2001). Assim, a insuficiência de políticas públicas de habitação e saneamento básico foram catalisadores da propagação da doença.

Os primeiros meses de 2024 foram marcados pela explosão no registro de casos prováveis de dengue. Segundo dados do MS,³⁹ entre as semanas epidemiológicas (SEs) de 1 a 15 de 2024, foram registrados 3.289.639 casos prováveis de dengue, em comparação com 685.856 casos prováveis no mesmo período de 2023. O ápice do número de casos em 2023 foi observado na SE 15, com 110.722 registros. Por seu turno, em 2024, a maior concentração de casos ocorreu na SE 11, totalizando 366.047 casos prováveis, o que representa aproximadamente três vezes mais do que os do ano anterior.

O ano de 2024 também registrou um aumento significativo no número de casos graves e óbitos em comparação com o ano anterior: foram relatados 28.395 casos graves em 2024, e 9.572 em 2023; além disso, houve 1.117 óbitos em 2024, e 500 em 2023 (SEs de 1 a 15). Até abril de 2024, decretos de emergência em razão do elevado número de casos de dengue haviam sido publicados em 526 municípios, em onze Unidades Federativas – UFs (Brasil, 2024b).

As medidas adotadas pelo MS para o enfrentamento à dengue incluíram o desenvolvimento de ações e estratégias voltadas aos componentes de vigilância epidemiológica, laboratorial, assistência e controle de vetores. O Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Dengue e outras Arboviroses

39. Dados obtidos no Painel de Monitoramento de Arboviroses do MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>. Acesso em: 15 abr. 2024.

foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3.140, de 2 de fevereiro de 2024, com o propósito de oferecer uma resposta coordenada e eficiente às situações epidemiológicas relacionadas a essas doenças em todo o país. Repasses financeiros para apoiar estados e municípios em ações contingenciais de vigilância e prevenção de doenças e investimentos em inovações para o controle da dengue, como vacinação e o método Wolbachia,⁴⁰ foram ações promovidas pelo MS para enfrentar a situação (Maciel *et al.*, 2024).

A distribuição de vacina contra a dengue foi iniciada, porém para um público reduzido (crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos), em razão de limitações na capacidade de produção e entrega pelo fabricante. As regiões de saúde selecionadas para aplicação atenderam a três critérios: possuir pelo menos um município de grande porte, ou seja, mais de 100 mil habitantes, com alta transmissão de dengue registrada em 2023 e 2024, e com maior predominância do sorotipo DENV-2. Importante ressaltar que o Brasil foi o primeiro país do mundo a oferecer o imunizante no sistema público universal. Apesar dos esforços em andamento, é crucial planejar medidas estruturais e investir em inovações para os próximos anos.

3.4 Saúde indígena

Nesta seção, será abordada a grave situação enfrentada pelo povo indígena Yanomami, em meio a uma preocupante crise sanitária. A desestruturação de órgãos de fiscalização e unidades de saúde específicas, bem como o desmantelamento de políticas públicas ambientais e indigenistas, combinados ao aumento significativo do garimpo ilegal durante o governo Bolsonaro, resultaram em um cenário alarmante de crise sanitária e nutricional na comunidade Yanomami, ainda não debelada por completo. Essa região enfrenta uma miríade de desafios, incluindo desmatamento, contaminação por mercúrio, insegurança alimentar, desnutrição infantil, além do aumento preocupante dos casos de malária e outras doenças. O avanço do garimpo ilegal e do narcotráfico tem intensificado os conflitos e a violência na área, criando uma atmosfera de insegurança que dificulta a atuação dos profissionais de saúde, além de gerar obstáculos estruturais e logísticos (Barcellos e Saldanha, 2023).

Entre 2018 e setembro de 2022, foram registrados 1.285 óbitos de Yanomamis, sendo 505 de menores de 1 ano de idade. Entre janeiro e setembro de 2022, o número de óbitos foi de 209, entre os quais 99 de menores de 5 anos por causas consideradas evitáveis, tendo por principal agravante a desnutrição (Brasil, 2023w). Diante da situação emergencial, o governo Lula, recém-empossado, interveio com medidas urgentes de saúde e de asfixia do garimpo (Brasil, 2023p). O MS organizou uma missão exploratória em janeiro de 2023 (Sesai, FNSUS/Saes, EpiSUS e Opas)

40. Esse método consiste na liberação de mosquitos *Aedes aegypti* infectados com a bactéria Wolbachia, impedindo que os vírus de dengue, Zika e chikungunya se desenvolvam no mosquito, o que contribui para a redução da transmissão de arboviroses (Córtes *et al.*, 2023).

para diagnóstico da situação no território Yanomami, a partir de notícias divulgadas na imprensa sobre uma possível crise humanitária na região.

O MS declarou, através da Portaria GM/MS nº 28, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional na região do território Yanomami em 20 de janeiro de 2023. Um plano de ação do evento foi elaborado para responder à situação, sendo criados grupos de trabalho por áreas de ação: alimentação e nutrição, segurança alimentar e nutricional, assistência, logística, infraestrutura, segurança, tecnologia da informação (TI), insumos, e vigilância em saúde (análises, imunização, malária, oncocercose, DDA e geo-helmintíases, IRA/SG/SRAG/covid-19, mercúrio e tracoma).

Em 2023, foi instituído o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE Yanomami), que iniciou suas atividades em 27 de janeiro, em nível nacional; e em 30 de janeiro, em nível local, mobilizando 871 profissionais para ampliação de ações no território. As medidas emergenciais incluíram reestruturação de fluxos e rotinas assistenciais e de vigilância e reabertura de estruturas (polos de atendimento, posto de enfermagem, sala de saúde da mulher, sala de imunização), tanto na Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai), em Boa Vista, quanto no território. Houve a instalação de hospital de campanha da Força Aérea Brasileira (FAB) ao lado da Casai, que funcionou até 21 de abril de 2023; e melhorias no acesso à água e saneamento, com instalação de bebedouros, monitoramento da qualidade da água, instalação de pias para lavagem das mãos, reparos e construção de banheiros, remoção de esgoto a céu aberto, entre outros.

Ainda no que se refere à infraestrutura, houve a reabertura, em 2023, de polos-bases⁴¹ que haviam sido fechados na gestão anterior. No entanto, o recrudescimento do garimpo ilegal tem impactado o funcionamento de diversos desses polos, destacando-se a urgência de ampliar as iniciativas para a reforma e construção de novos polos-base e Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs), além de medidas para garantir a segurança dos profissionais que atuam nesses locais, ameaçados pelas ações dos garimpeiros.

Em que pesem as medidas adotadas e os esforços empregados pela gestão atual, após assunção de novos atores políticos em 2023, ainda há necessidade de se aprofundar a análise da situação em curso na terra indígena Yanomami, para a adoção de medidas mais efetivas no sentido da preservação da saúde dos indígenas. Em dezembro de 2023, o MS havia anunciado o número de 308 óbitos, sendo 162 de crianças menores de 5 anos. Em 2024, os dados foram retificados e o número de óbitos alcançou 363 indígenas Yanomami, número superior

41. São subdivisões territoriais do DSEI, que são base para as equipes multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) organizarem técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adscrita. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html.

aos 343 óbitos de 2022 (Brasil, 2023p). Ou seja, mesmo com todas as medidas adotadas, houve piora nas estatísticas de óbitos em 2023, comparado a 2022, especialmente entre crianças menores de 5 anos.⁴²

Para o planejamento de ações estratégicas de longo prazo, é fundamental garantir uma abordagem coordenada, um modelo de financiamento consistente e uma política de recursos humanos mais flexível e adaptada à situação local. A aquisição e distribuição de gêneros alimentícios e cestas básicas como medida emergencial são necessárias para abastecer os estabelecimentos de saúde em todo o território Yanomami. Isso é essencial para garantir a continuidade dos tratamentos clínicos dos pacientes internados, acompanhantes e crianças diagnosticadas com desnutrição. No entanto, após mais de um ano de medidas emergenciais, é imperativo avançar para um modelo de segurança alimentar e nutricional que promova a produção de alimentos e o acesso regular a eles.

Para isso, a política de saúde não pode operar isoladamente, mas deve ser integrada com outras políticas, levando em consideração as condições geográficas do território e as mudanças demográficas na população indígena decorrentes das alterações nas condições de saúde. A provisão de equipes de saúde não deve depender apenas de operações extraordinárias e emergenciais; pelo contrário, ações permanentes devem ser implementadas para garantir condições de segurança e logística que permitam aos profissionais realizar seu trabalho de forma consistente. Há uma demanda crescente por aumento salarial ou gratificações para profissionais que atuam na região, pois os vencimentos de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS nos DSEIs Yanomami não estão mais competitivos, o que tem ocasionado dificuldades na ocupação das vagas disponíveis nos processos seletivos para contratação.

A implementação de um mapeamento territorial surge como uma necessidade premente para a otimização das estratégias de comunicação, abrangendo aspectos geográficos, culturais, sociais e políticos relacionados ao território Yanomami. O fluxo constante de coleta de dados, a análise da situação e a comunicação dos riscos são fundamentais para capacitar uma intervenção precoce, visando mitigar a ocorrência de crises emergenciais, como as enfrentadas nos últimos anos pelos Yanomamis (Barcellos e Saldanha, 2023).

De igual modo, é necessário manter os esforços para o combate ao garimpo ilegal. Ações mais abrangentes e articuladas são fundamentais, para além das medidas já implementadas, como rastreamento da cadeia do ouro – da extração à comercialização – e maior fiscalização por órgãos de controle e regulatórios, aliadas a um modelo de vigilância do território Yanomami, que integre agendas epidemiológica, ambiental e de combate ao garimpo, com protagonismo indígena (Lobo e Cardoso, 2023).

42. Sobre dados de óbitos, ver Relatório da Sesai em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/fevereiro/informe-a-saude-indigena-relatorio-situacional-dsei-yanomami>

A persistência da situação de crise sanitária entre os Yanomamis, apesar das medidas emergenciais adotadas, motivou a criação, no início de 2024, da “Casa de Governo” no estado de Roraima, pelo governo federal. Esta instituição, dotada de pessoal próprio, foi estabelecida com o propósito de coordenar as ações na terra indígena Yanomami, conforme estabelecido pelo Decreto nº 11.930/2024. Prevista para operar até dezembro de 2026, a Casa visa servir como um centro de convergência para os órgãos federais, promovendo a organização, o planejamento e a execução integrada das intervenções, com a participação ativa dos governos estaduais e municipais. Seu enfoque inicial estará na desintrusão do garimpo na área indígena, mas também incluirá apoio em áreas como educação, saúde e revitalização das comunidades locais.⁴³

3.5 Assistência farmacêutica

O ano de 2022, para a assistência farmacêutica no MS, foi caracterizado pela continuidade do programa, estruturado em seus três componentes, básico, estratégico e especializado.⁴⁴ Para o primeiro, o MS destacou como resultados de sua gestão a ampliação do repasse de recursos para os municípios; porém, quando descontada a perda inflacionária, o acréscimo de recursos para transferência aos municípios nesse período foi de apenas 1,5%, passando de R\$ 1,44 bilhão para R\$ 1,46 bilhão, a preços de 2022.⁴⁵ Contudo, na compra centralizada,⁴⁶ em termos reais, houve aumento de 38,5% no gasto (de R\$ 564,5 milhões, em 2019, para R\$ 782,8 milhões em 2022) e de 414,5% na oferta de unidades de insulinas (Brasil, 2023g).

Para o componente estratégico, em 2022, o MS destacou a incorporação de quatro medicamentos, dois para tratamento de covid-19 (nirmatrelvir 150 mg e ritonavir 100 mg) e outros dois para tratar micoses sistêmicas (isavuconazol e anidulafungina associado a voriconazol). Quanto às despesas, é interessante notar que, embora os imunobiológicos (soros e vacinas) e os hemoderivados integrem este componente, na totalização dos gastos o MS

43. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/yanomami-casa-de-governo-completa-um-mes-e-consolida-queda-de-94-em-novas-areas-degradadas-para-garimpo>.

44. O componente básico contempla medicamentos para uso na atenção básica, incluindo os fitoterápicos e as insulinas NPH e R. O componente estratégico inclui imunobiológicos, hemoderivados, medicamentos para tratamento da influenza (inclusive vacinas), medicamentos constantes no rol dos programas de saúde estratégicos (para tratamento da tuberculose, Hanseníase, malária, entre outras doenças) e no do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. E o componente especializado é constituído por medicamentos, em geral, para doenças raras e crônicas, de alto custo, por meio dos quais se busca garantir a integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, estando as linhas de cuidado definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo MS.

45. Atualização monetária feita pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.

46. No âmbito do componente básico, o MS adquire de forma centralizada: i) clindamicina 300 mg e rifampicina 300 mg para tratamento de hidradenite supurativa moderada; ii) insulina humana NPH e insulina humana regular; iii) contraceptivos orais e injetáveis, e misoprostol; e iv) medicamentos e insumos estratégicos para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação (UFs) atingidas por desastres. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf>.

não contabilizou esses produtos, apresentando, desta forma, um gasto total de R\$ 486,5 milhões com o componente estratégico nesse último ano (Brasil, 2023g).

Os gastos em vacinas, incluindo as anticovid, e em hemoderivados foram expressivos entre 2019 e 2022. Em 2021, por exemplo, a despesa total em imunobiológicos foi de R\$ 30,2 bilhões, a preços de 2022, sendo que desse montante 83,4% foram destinados à aquisição de vacinas anticovid. Em 2022, a despesa com esses itens caiu para R\$ 9,7 bilhões, com participação de 58,3% das vacinas anticovid. Em relação aos hemoderivados, a despesa ficou acima de R\$ 1 bilhão em todos os anos desse período.⁴⁷ É claro que, nos anos da pandemia de covid-19, a despesa com medicamentos para enfrentamento dessa doença, incluindo as vacinas, provocou pontos fora da curva na série dos gastos do MS com o componente estratégico. Contudo, é mais razoável que o ministério inclua essas despesas ao apresentar seu relatório de gestão, e explique os números, em vez de omiti-los. Também não faz sentido deixar de reportar nesse componente as despesas com hemoderivados.

Em relação ao componente especializado, segundo informações do MS, e após atualização monetária dos valores, a despesa aumentou 24,9% entre 2019 e 2022, passando de R\$ 4,8 bilhões para R\$ 6,0 bilhões, não incluídos os gastos com ações judiciais e transporte de medicamentos. No mesmo período, considerando-se dados de 2022 até novembro, o número de pacientes atendidos aumentou 16,8%, passando de 2.528.143 para 2.952.217. Além disso, 48 medicamentos foram incorporados ao SUS ou tiveram ampliação de seu uso aprovada (Brasil, 2023g).

Note-se que, mesmo sob a vigência do teto de gastos, que estabeleceu o congelamento da aplicação mínima do MS em ASPS, as incorporações ou ampliações de uso de medicamentos cujo financiamento está sob a responsabilidade desse órgão continuaram ocorrendo. Paralelamente, em 2020 e 2021, houve relatos de falta de medicamentos que deveriam ser distribuídos pelo MS (Ipea, 2022). Situação que também se repetiu em 2022, agravada pela falta de medicamentos do componente básico, o que levou o CNS a recomendar uma série de medidas ao MS para enfrentamento desse problema (Brasil, 2022c).

Quanto ao PFPB, segundo dados do MS, houve aumento de 3,2% no número de usuários atendidos entre 2020 e 2022 (Brasil, 2023g). Contudo, nesse mesmo período, o gasto com o programa teve queda de 15,7%, chegando a uma execução de R\$ 2,5 bilhões em 2022.⁴⁸ Com a nova gestão do presidente Lula no governo federal, que foi responsável pela criação do PFPB em 2004, o programa ganhou

47. Dados obtidos do Siga Brasil para a despesa liquidada do MS.

48. É provável que o número de usuários tenha aumentado na modalidade com gratuidade do programa, que oferece tratamento gratuito para hipertensão, diabetes e asma. O gasto se eleva com essa modalidade, mas, na composição total do programa, há uma redução da despesa, em virtude de uma diminuição importante de usuários e de gasto na modalidade com copagamento.

reforço orçamentário, tendo despesa autorizada de R\$ 3,2 bilhões em 2023.⁴⁹ Outra alteração implementada foi o estabelecimento da gratuidade para os contraceptivos, os medicamentos indicados no tratamento da osteoporose, e para todos os medicamentos do PFPB, no caso dos beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF (Brasil, 2023r).⁵⁰ Nesse ponto, a questão que se levanta é se o acréscimo de recursos, da ordem de R\$ 700 milhões, será suficiente para cobrir os gastos dessa ampliação da cobertura na vertente de gratuidade do programa, sem prejudicar o acesso da população beneficiada. Não se identificaram estudos de impacto orçamentário que tivessem embasado a decisão do MS de ampliação da gratuidade.

Paralelamente, a despesa autorizada para coparticipação federal no financiamento do componente básico em 2023, que é destinado a toda a população, foi de R\$ 1,9 bilhão, valor inferior ao da despesa empenhada em 2022 (R\$ 2,2 bilhões).⁵¹ Observa-se, assim, a priorização do PFPB em 2023 pelo governo federal, em detrimento da assistência farmacêutica na APS, por meio da qual ocorre a dispensação de medicamentos em todas as unidades de saúde desse nível de atenção do SUS. Como o orçamento de 2023 ainda esteve limitado pelo teto de gastos e pelo limite de despesa extrateto, autorizado pela EC da Transição de Governo (nº 126/2022), espera-se que a nova gestão tenha condições para recompor a participação federal no financiamento do componente básico em 2024.

Outra questão importante, no âmbito da assistência farmacêutica, permanece sendo a judicialização da saúde (Vieira, 2023). Em setembro de 2023, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou comissão composta por representantes do MS, das secretarias de saúde estaduais e municipais, do CNS, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) para tratar da estrutura do financiamento de medicamentos do SUS e da judicialização da saúde.⁵² Aguardam-se os desdobramentos dos trabalhos dessa comissão especial sobre essas questões. Enquanto isso, para resolver parte do problema em relação às ações judiciais em que os municípios, os estados e o Distrito Federal acabam sendo obrigados a fornecer medicamentos que, pela pactuação tripartite, devem ser financiados pela União, o MS publicou portaria autorizando o ressarcimento desses entes pelo fornecimento de medicamentos do grupo 1A do componente especializado (Brasil, 2023s).⁵³

49. Dados obtidos do Siga Brasil para a despesa liquidada. Valores atualizados para 2022 pelo IPCA.

50. Até então, a gratuidade alcançava apenas os medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes e asma, sem focalização em nenhum grupo de beneficiários.

51. Dados obtidos do Siga Brasil.

52. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=514635&ori=1>. Acesso em: 6 dez. 2023.

53. Esse grupo é constituído por medicamentos integralmente financiados e adquiridos pelo MS para dispensação nas farmácias do SUS.

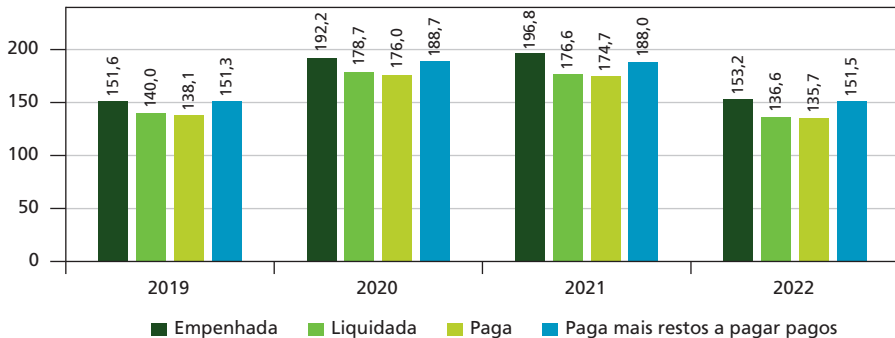
3.6 Execução orçamentário-financeira do MS

Quanto à execução de despesas em ASPS, no exercício de 2022, o gasto do MS alcançou patamar semelhante ao de 2019, ano pré-pandemia de covid-19 (gráfico 1). Em 2022, foram empenhados R\$ 153,2 bilhões em ASPS, com uma execução financeira de R\$ 151,5 bilhões (despesa paga somada aos restos a pagar pagos). No auge da pandemia (2020 e 2021), foram acrescidos a cada ano, em relação a 2019, mais de R\$ 40 bilhões ao orçamento do ministério para enfrentamento da crise sanitária. Esses recursos foram alocados especialmente à ampliação da oferta de leitos hospitalares, à compra de equipamentos e à aquisição de vacinas anticovid (Ipea, 2022). Com a redução dos casos de covid-19 e sob a vigência do teto de gastos, a despesa voltou ao patamar de 2019, mesmo com uma demanda historicamente reprimida, que aumentou ainda mais em virtude do adiamento dos atendimentos eletivos em saúde durante a pandemia (Fiocruz, 2022).

GRÁFICO 2

Execução orçamentário-financeira do MS em ações e serviços públicos de saúde (2019-2022)

(Em R\$ 1 bilhão)



Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 13 dez. 2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio.

No que se refere à execução de despesas pelo MS, segundo a variável Resultados de Execução Orçamentário-Financeira (Resultados EOF) do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), nesse período, houve ampliação da execução de despesas discricionárias em 2020 e 2021, anos atípicos quanto ao gasto governamental por causa da pandemia, e redução em 2022 (R\$ 16,3 bilhões) quando comparado a 2019 (R\$ 19,4 bilhões) – tabela 3. As despesas empenhadas por emendas parlamentares tiveram a maior execução no exercício de 2021 (R\$ 17,1 bilhões) e totalizaram R\$ 14,9 bilhões em 2022, mantendo a tendência de elevada execução dos últimos anos (Ipea, 2022; 2023).

Quanto às despesas obrigatórias,⁵⁴ o aumento observado, especialmente em 2021, também se justifica pela pandemia. As ações orçamentárias que mais receberam aportes de recursos foram as destinadas à aquisição de vacinas e ao financiamento de serviços de saúde na média e alta complexidade em saúde. Mesmo em 2022, a compra de vacinas manteve valor semelhante de despesa empenhada ao de 2021, aproximadamente R\$ 17 bilhões.

TABELA 3
Despesa empenhada do MS, segundo resultados de EOF (2019-2022)
(Em R\$)

Resultados EOF	2019	2020	2021	2022
Despesa financeira	1.448.421.165	1.261.253.578	1.112.451.013	951.277.034
Despesa primária obrigatória	115.522.849.906	114.435.122.344	137.541.815.766	121.033.065.646
DPD ¹	19.447.492.532	62.003.012.277	41.016.551.378	16.313.541.265
DPD – Emendas parlamentares	15.154.222.513	14.527.779.226	17.149.699.685	14.875.738.961
DPD – Emendas individuais	5.987.551.441	6.534.419.639	5.616.320.801	5.780.740.576
DPD – Emendas de bancada	2.196.106.462	3.813.739.574	3.249.623.892	2.634.466.048
DPD – Emendas de comissão	65.962.263	123.447.628	-	101.671.641
DPD – Emendas de relator	6.904.602.347	4.056.172.386	8.283.754.993	6.358.860.695
Total	151.572.986.115	192.227.167.425	196.820.517.843	153.173.622.905

Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil>. Acesso em: 13 dez. 2023.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Despesa primária discricionária.

Obs.: 1. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio.

- Em 2019, foram considerados os planos orçamentários (POs) vinculados à execução por emendas parlamentares. POs de emendas parlamentares não classificados em Resultados EOF de emendas individuais, de bancada e de comissão tiveram as despesas consideradas como emendas parlamentares de relator. Para mais informações, ver Vieira (2022).
- De 2020 a 2022, consideraram-se os valores executados segundo as categorias da variável Resultados EOF do Siga Brasil.

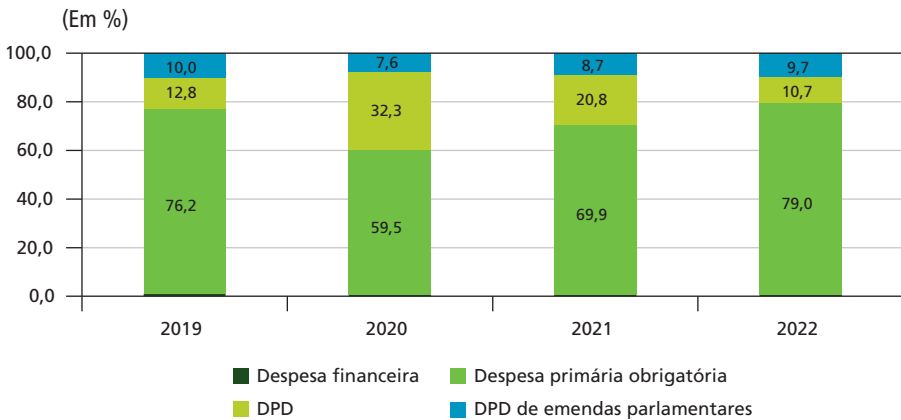
A participação das despesas discricionárias, exceto as executadas por emendas parlamentares, no total das despesas do MS, reduziu-se de 12,8%, em 2019, para 10,7% em 2022 (gráfico 2). Nesse ponto, é importante destacar que as despesas por emendas parlamentares individuais e de bancada, embora classificadas como despesas discricionárias na variável Resultados EOF do Siafi, são de execução obrigatória pelo governo federal, por efeito das ECs n^{os} 86/2015 e 100/2019, respectivamente. Além disso, que, nos últimos anos, a força do Congresso Nacional aumentou frente ao Poder Executivo e, na barganha para aprovação de medidas de

54. As despesas obrigatórias são as “que a União tem a obrigação legal ou contratual de realizar, ou seja, cuja execução é mandatória. Os maiores grupos de despesas obrigatórias são serviço da dívida, pessoal e encargos sociais e os benefícios da Previdência Social”. Disponível em: https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/despesa_obrigatoria. Embora as despesas por emendas individuais e de bancada sejam de execução obrigatória, são consideradas discricionárias do ponto de vista do Resultado EOF, que é a variável do Siafi e, conseqüentemente, do Siga Brasil, utilizada na identificação das categorias de despesas, incluindo as relacionadas às emendas parlamentares.

interesse do governo, tem ocorrido elevada execução de despesas por emendas de relator, mesmo estas não sendo de execução mandatória. Os gastos por emendas parlamentares vêm ganhando espaço no orçamento federal do SUS desde 2015 e constituem uma forma de alocação de recursos preocupante, pela possibilidade de causarem mais desigualdades, em um contexto de subfinanciamento do sistema, agravado pela vigência do teto de gastos (Ipea, 2023).

GRÁFICO 3

Participação das despesas empenhadas por resultados de execução orçamentário-financeira na despesa total em ASPS do MS (2019-2022)



Fonte: Siga Brasil. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil>. Acesso em: 13 dez. 2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Em 2019, foram considerados os POs vinculados à execução por emendas parlamentares. POs de emendas parlamentares não classificados em resultados de execução orçamentário-financeira de emendas individuais, de bancada e de comissão tiveram as despesas consideradas como emendas parlamentares de relator. Para mais informações, ver Vieira (2022).

2. De 2020 a 2022, consideraram-se os valores executados segundo as categorias da variável Resultados EOF do Siga Brasil.

A força dos parlamentares na destinação dos recursos federais do SUS também pôde ser vista na aprovação da EC nº 126/2022⁵⁵ (Brasil, 2022b). Por meio dessa EC, o Congresso Nacional elevou de 1,2% para 2% da RCL a execução obrigatória em emendas individuais, sendo metade desse percentual em ASPS; autorizou o relator-geral do orçamento a apresentar até R\$ 9,85 bilhões em emendas ao orçamento de 2023, para financiamento de políticas públicas; e o aumento de R\$ 11,7 bilhões para R\$ 21 bilhões de execução em emendas individuais.⁵⁶ Dessa forma, a ampliação do espaço das emendas parlamentares no orçamento federal

55. Com a aprovação da EC nº 126, o governo foi autorizado a executar R\$ 145 bilhões, valor superior ao limite do teto de gastos das despesas primárias da União estabelecido para 2023.

56. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/931149-pec-da-transicao-e-promulgada-pelo-congresso/#:~:text=As%20Mesas%20da%20C%3%A2mara%20dos,a%20Farm%20A%20Popular%20e%20outras>.

desafia a nova gestão em seu poder para definir a alocação de recursos ao financiamento das políticas prioritárias de seu programa de governo, o que impacta o SUS.

Adicionalmente, outros desafios se impõem ao financiamento desse sistema. Embora a emenda do teto de gastos tenha sido revogada com a aprovação do novo arcabouço fiscal,⁵⁷ com consequente retorno do piso federal em ASPS ao patamar de 15% da RCL da União, passaram a circular na mídia manifestações contrárias à manutenção das aplicações mínimas em saúde e em educação, sob a alegação de que constituem ameaças ao cumprimento da nova regra fiscal e ao financiamento de outras políticas públicas. Além disso, o Congresso Nacional aprovou, no bojo da LC nº 201, de 24 de outubro de 2023, que trata de compensação financeira devida pela União aos demais entes da Federação, um dispositivo que alterou a forma de cálculo do piso federal em ASPS em 2023 (Brasil, 2023s).⁵⁸ O art. 15 dessa lei estabelece que em 2023 a aplicação mínima de 15% da RCL será calculada com base na receita estimada na Lei Orçamentária Anual (LOA). Ou seja, não será calculada com base na receita realizada do respectivo exercício financeiro, como sempre foi feito. A RCL estimada na LOA 2023 foi de R\$ 1,14 trilhão, e a realizada nos últimos doze meses, até agosto de 2023, foi de R\$ 1,21 trilhão.⁵⁹ Com uma RCL do exercício maior, a aplicação mínima em ASPS seria de R\$ 181,1 bilhões, frente à aplicação mínima de R\$ 170,8 bilhões, se calculada a partir da RCL estimada na LOA. Ou seja, uma diferença de R\$ 10,3 bilhões.

Considerando-se a revogação do teto de gastos, com consequente retorno do piso em ASPS para o patamar de 15% da RCL, e o limite de execução de R\$ 145 bilhões em 2023, acima daquele definido na aprovação do orçamento do exercício, o governo propôs o art. 15 da LC nº 201, de 2023,⁶⁰ para não ficar com uma margem mais estreita para financiamento das outras políticas priorizadas já no início da gestão. Com uma aplicação mínima em ASPS maior do que a estimada, caso fosse mantido o cálculo com base na RCL do exercício, R\$ 10,3 bilhões⁶¹ do adicional de R\$ 145 bilhões deveriam ser alocados à saúde.

Outra mudança no cálculo da aplicação federal em ASPS foi introduzida a partir de 2020 em decorrência da aprovação da Lei das Agências Reguladoras

57. De acordo com o art. 9º da EC nº 126, de 2022, após a sanção da LC instituindo o regime fiscal sustentável, que ficou conhecido por "novo arcabouço fiscal", ficariam revogados os artigos da CF/1988 que dispunham sobre o teto de gastos. O novo arcabouço fiscal foi publicado em 31 de agosto de 2023, por meio da LC nº 200, de 30 de agosto de 2023, e, com a sua sanção, houve a revogação do teto de gastos. A consequência imediata para a saúde foi que a aplicação mínima em ASPS voltou a ser vinculada à RCL da União, nos termos da EC nº 86/2015 (15% da RCL do respectivo exercício financeiro).

58. Esse tipo de situação é conhecido como "jabuti". Trata-se da inserção, em uma proposta legislativa, de um assunto que não tem relação com o tema principal tratado.

59. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/receita-corrente-liquida-rcl/2023/28>. Acesso em: 5 dez. 2023.

60. O Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 136/2023, que originou a LC nº 201/2023, é de autoria do Poder Executivo. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2372071>.

61. Diferença entre uma aplicação mínima de R\$ 181,1 bilhões (com base na RCL do exercício) e de R\$ 170,8 bilhões (com base na RCL estimada na LOA 2023).

(Lei nº 13.848/2019). Esta lei dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras, entre elas, a Anvisa, e estabelece a autonomia funcional, decisória, administrativa e financeira de cada agência, que deverá corresponder a um órgão setorial do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) federal. Com isso, a Anvisa tornou-se um órgão orçamentário e não apenas uma unidade orçamentária vinculada ao órgão MS. Como a LC nº 141/2012 estabelece que os recursos da União deverão ser repassados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) e às demais unidades orçamentárias do MS para aplicação em ASPS, e a Anvisa passou a ter autonomia orçamentária em relação ao ministério, as despesas executadas por esta agência deixaram de ser computadas em ASPS (Congresso Nacional, 2020).⁶² Por um lado, essa medida é vantajosa para o SUS, porque a execução de despesas da Anvisa não conta para o piso federal e, portanto, são extrapiso. Por outro lado, o fato de não serem contabilizadas no piso pode induzir uma alocação menor de recursos para financiamento das ações e dos serviços de vigilância sanitária.

Como se vê, a mudança na gestão do governo federal promoveu alterações importantes na política de saúde. Novos programas foram implantados, medidas adotadas no governo Bolsonaro foram revogadas e programas implementados antes desse governo foram reforçados, mas, no tocante ao financiamento do SUS, o panorama não é animador.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar, como dito anteriormente, que o SUS permanece encontrando grandes desafios em seu financiamento, o que impacta a gestão e a efetividade das políticas e dos serviços de saúde. Apesar da revogação do teto de gastos, medida imprescindível para se voltar a pensar o futuro desse sistema, há incertezas sobre como o novo governo se comportará nessa seara no curto e médio prazos, bem como sobre o apoio do Congresso Nacional para as propostas que esse governo apresentar. A proposição pelo Executivo federal e a aprovação pelo Congresso de mudança no cálculo do piso de ASPS da União em 2023, na forma de um “jabuti” (Brasil, 2023s), aliada à visão de setores do Congresso e da sociedade de que as aplicações mínimas em saúde e educação constituem ameaças à sustentabilidade do novo arcabouço fiscal, lançam dúvidas sobre a permanência da atual regra de aplicação de 15% da RCL em ASPS ou da viabilidade de uma nova regra que implique aportes adicionais de recursos ao SUS a cada ano.

De concreto, até o momento, o que se tem é que o governo começou a enviar sinais de que deseja rediscutir a aplicação mínima federal em ASPS nos próximos

62. Em 2022, por exemplo, a despesa empenhada pela Anvisa foi de R\$ 758 milhões. Esse valor não pôde mais ser considerado em ASPS.

meses, a julgar pela manifestação recente do secretário de orçamento federal em entrevista a um jornal de grande circulação.⁶³ Dessa forma, parece que, mais uma vez, o debate sobre o financiamento do SUS vai se dar, nos espaços públicos, com o objetivo de evitar retrocessos, ao invés de se avançar, de forma gradativa, no sentido de uma alocação maior de recursos para reduzir vazios assistenciais e progredir na garantia do direito de acesso a bens e serviços de saúde no país.

Em 2023, durante a 78ª Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), o presidente Lula reafirmou o compromisso do governo brasileiro com o alcance das metas da Agenda 2030.⁶⁴ Uma delas, com adequação discutida para o Brasil, é a *Meta 3.c (Brasil) – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis* (Sá e Sá e Benevides, 2019, p. 23).

Ainda que seja difícil definir o que significa “substancialmente”, a situação atual não nos autoriza a supor que haverá uma guinada no financiamento público da saúde que, em 2019, foi da ordem de 3,8% do produto interno bruto – PIB (IBGE, 2022). Os estados e, especialmente, os municípios já vêm aplicando recursos em montante superior ao de seus respectivos pisos obrigatórios. Assim, é improvável que assumam uma carga ainda maior do que a que vêm aportando ao financiamento do SUS (Ipea, 2023).

Como a alocação de recursos financeiros se faz necessária para ampliar a provisão de ações e serviços de saúde, o desempenho do governo em relação à meta 3.c pode ser determinante para o atingimento das demais metas do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 – Saúde e Bem-Estar.

Outra questão importante nesse debate é que a magnitude do problema de insuficiência de recursos aumenta em um contexto de alocação ineficiente e inequitativa. Embora ainda faltem estudos específicos sobre a eficiência na destinação de recursos por emendas parlamentares, trabalhos recentes têm demonstrado uma distribuição muito desigual desses recursos, beneficiando proporcionalmente mais os municípios menores (Ipea, 2023). A pulverização dos recursos, em uma alocação que não considere as necessidades da população e o reforço de intervenções mais efetivas no enfrentamento dos problemas de saúde, pode resultar em consequências piores, em decorrência do subfinanciamento do sistema. Nesse caso e até o momento, não há nenhuma sinalização de que o Congresso Nacional vá frear o processo atual de alocação de grandes somas de recursos por emendas parlamentares

63. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/12/03/governo-trabalha-em-novas-regras-para-piso-de-saude-e-educacao-em-2025-diz-secretario-de-orcamento.ghtml>.

64. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2023-09/agenda-2030-pode-ser-maior-fracasso-da-onu-diz-lula>.

ao orçamento federal do SUS.⁶⁵ Caberá então ao MS e ao governo federal negociar e estabelecer mecanismos para uma alocação mais criteriosa para a garantia de acesso aos bens e serviços em todo o território nacional.

Por fim, não se podem desconsiderar as dificuldades, no campo político, de se manter um perfil mais técnico e mais comprometido com os princípios e as diretrizes do SUS, em um ministério que pode dar suporte financeiro a ações com grande capilaridade no território nacional e que compartilha, com o Congresso Nacional, parcelas crescentes do orçamento federal.

Como se vê, os desafios do SUS são enormes. Mas não se pode deixar de reconhecer que a mudança de governo barrou uma série de retrocessos, e que as iniciativas que vêm sendo implementadas constituem um halo de esperança em um futuro mais promissor para a saúde pública no Brasil, ainda que não se vislumbre solução próxima para o problema do subfinanciamento crônico do SUS.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C.; SALDANHA, N. O papel da informação e da comunicação em situações de emergência: a crise sanitária e humanitária no território Yanomami. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-13, jan.-mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 mar. 2001.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Seção 1.

65. Em 22 de dezembro de 2023, o Congresso Nacional aprovou o orçamento de 2024, com previsão de execução de R\$ 53 bilhões em emendas parlamentares. Como demonstrado neste capítulo, parte significativa das despesas por emendas tem sido executada em ASPS. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/12/22/congresso-aprova-orcamento-para-2024-texto-segure-para-sancao>.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 2019.

BRASIL. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Adaps. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021. Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual; e altera a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, para determinar que as cestas básicas entregues no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) deverão conter como item essencial o absorvente higiênico feminino. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 abr. 2022a.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2022b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 19, de 30 de junho de 2022. Recomenda orientações ao Ministério da Saúde e órgãos de controle, ações sobre a situação de desabastecimento de medicamentos no SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2022c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2022/2548-recomendacao-n-019-de-30-de-junho-de-2022>. Acesso em: 27 jun. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do país e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do *caput* e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2023a.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Plano Plurianual 2024-2027**: mensagem Presidencial. Brasília: MPO, 2023b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023> . Acesso em: 27 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2022**. Brasília: MS, 2023d.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 2023e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 5 de abril de 2023. Credencia municípios e Distrito Federal a fazerem jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 abr. 2023f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2022**. Brasília, 2023g. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2022.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MM/MJSP/MDS/MEC/MDHC nº 729, de 13 de junho de 2023. Dispõe sobre a implementação do Programa de Proteção e Promoção da Saúde e Dignidade Menstrual. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 114, p. 109, 19 jun. 2023h. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 26, p. 53, 6 fev. 2023i. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.602, de 18 de outubro de 2023. Estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal referente ao reajuste dos valores de custeio dos Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas habilitados no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 199, p. 78, 19 out. 2023j. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023. Revoga a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 117, p. 296, 22 jun. 2023k. Seção 1.

BRASIL. Proposta de Emenda à Constituição nº 10, de 2022. Altera o art. 199 da Constituição Federal para dispor sobre as condições e os requisitos para a coleta e o processamento de plasma humano. **Senado Federal**, Brasília, 2023l.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 5, de 13 de abril de 2023. Recomenda o arquivamento imediato da Proposta de Emenda à Constituição nº 10/2022 e indica outras ações. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023m. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2963-recomendacao-n-005-de-13-de-abril-de-2023>. Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.405, de 30 de janeiro de 2023. Dispõe sobre medidas para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e de combate ao garimpo ilegal no território Yanomami a serem adotadas por órgãos da administração federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 2023n.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 28, de 20 de janeiro de 2023. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência de desassistência à população Yanomami. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 15-D, 20 jan. 2023o. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 675, de 7 de junho de 2023. Altera o Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a gratuidade dos contraceptivos, dos medicamentos para tratamento de osteoporose e do elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB para os beneficiários do Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 120, p. 78, 27 jun. 2023p. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.805, de 9 de novembro de 2023. Autoriza realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes federativos, para fins de ressarcimento referente ao fornecimento de medicamentos do Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Ceaf. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 214, p. 92, 10 nov. 2023q. Seção 1.

BRASIL. Decreto nº 11.715, de 26 de setembro de 2023. Dispõe sobre o Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 set. 2023r.

BRASIL. Decreto nº 11.464, de 3 de abril de 2023. Dispõe sobre o Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 64-A, p. 1, 3 abr. 2023s. Seção 1.

BRASIL. Lei Complementar nº 201, de 24 de outubro de 2023. Dispõe sobre a compensação devida pela União nos termos dos arts. 3º e 14 da Lei Complementar nº 194, de 23 de junho de 2022, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 202-A, p. 1, 24 out. 2023t. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Credenciamentos Programa Mais Médicos**. Brasília: MS, 2023u. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/marco/apresentacao-mais-medicos-para-o-brasil-credenciamentos-de-equipes-de-atencao-primaria-a-saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 2/2023-CGNEP/Desme/Saes/MS**. Brasília: MS, 2023v.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Missão Yanomami**. Brasília: MS, jan. 2023w. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/arquivos/RelatorioYanomamiversao_FINAL_07_02.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre os 50 anos do Programa Nacional de Imunizações (PNI)**. Brasília: MS, 21 set. 2023x. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/setembro/informe-2013-50-anos-do-programa-nacional-de-imunizacao-pni/@@download/file>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde com ciência**. Brasília: MS, 24 out. 2023y. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/arquivos/saude-com-ciencia.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas**: informe sobre adesão dos Estados ao programa. Brasília: Saes, 2023z.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Status do Programa Mais Médicos**. Brasília: MS, fev. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/fevereiro/informe-status-do-programa-mais-medicos/@@download/file>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe semanal**. Brasília: MS, abr. 2024. Acesso em: 15 abr. 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília: MS, 2024c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_de_saude_2024_2027.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento do Programa Mais Médicos**. Brasília: MS, 2024d. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTNkODY2YzMrODg0My00NzYyLWI5NTMtZjhlNTc1NTgzM2EyIiwidCI6IjhlNTU0YWQzLWI1MmItNDg2Mi1hMzZmLTg0ZDg5MWU1YzcxNSJ9>. Acesso em 19 abr. 2024.

COMISSÃO DE TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL. **Relatório do Grupo Técnico de Saúde**: produto 2 – relatório final. Brasília: Comissão de Transição Governamental, 2022.

CONGRESSO NACIONAL. **Enquadramento de despesas da Anvisa no mínimo constitucional em saúde**. Brasília: Congresso Nacional, 2020. (Nota Técnica Conjunta, n. 5/2020).

CÔRTEZ, N. *et al.* Integrated control strategies for dengue, zika, and chikungunya virus infections. **Frontiers in Immunology**, v. 14, n. 14, p. 1281667, dez. 2023.

COSTA, W. D. A.; CARVALHO, N. D. C.; MACEDO, H. M. Lacunas e retrocessos em programas de provimento médico na Amazônia: desafios para os gestores federais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. 1-18, 2023.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. DE S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, p. 1-11, 19 mar. 2021.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Demanda potencial de atendimentos hospitalares em razão da pandemia de covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 29 nov. 2022. (Nota Técnica, n. 23).

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556, 2021.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

HEMOBRÁS – EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA. **Dez motivos que justificam o arquivamento da PEC do Plasma (PEC nº 10/2022)**. Goiânia; Recife: Hemobrás, 2023.

HONE, T. *et al.* Impact of the Programa Mais médicos (More Factors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5.565 brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 873, dez. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde 2010-2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. (Contas Nacionais, n. 87).

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 29, p. 111-166, 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 30, p. 95-146, 2023.

LOBO, M. S. de C.; CARDOSO, M. L. de M. Lições de tempos urgentes: a experiência da atenção à saúde Yanomami ontem e hoje. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 1-6, 2023.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Esforços governamentais alavancam combate efetivo à dengue no Brasil. **SciELO Preprints**, 25 mar. 2024. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/8333>>. Acesso em: 16 abr. 2024.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: Conass, 2020.

MENDONÇA, F. D. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13-30, abr.-jun. 2023.

MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 112-120, dez. 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previnde Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan.-mar. 2018.

NOBRE, R.; GUERRA, L. D. D. S.; CARNUT, L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 303-321, mar. 2022.

PAZ-BAILEY, G. *et al.* Dengue. **The Lancet**, v. 403, n. 10427, p. 667-682, fev. 2024.

PEREIRA, A. M. M. *et al.* (Org.). **Financiamento e organização da atenção primária à saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

SÁ, E. B. de; SÁ E BENEVIDES, R. P. de. **ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil?** Brasília: Ipea, 2019. (Série Cadernos ODS).

SANTOS, C. M. J. dos. *et al.* Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3273-3279, 2023.

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 96, p. 1-9, 2018.

SETA, M. H. de; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previnde Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SOUTO, E. P. *et al.* Hesitação vacinal infantil e covid-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 1-12, 2024.

TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 99-102, 2001.

VIEIRA, F. S. Para aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde: algumas propostas. **Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental**, v. 13, n. 2, p. 21-32, jul.-dez. 2014.

VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 126, 1-6, 2017.

VIEIRA, F. S. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS**: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Brasília: Ipea, jan. 2022. (Texto para Discussão, n. 2732). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/td2732>.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 1-10, 2023.

VIEIRA, F. S. *et al.* **Prioriza SUS**: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental. Brasília: Ipea, 2023a. (Texto para Discussão, n. 2879).

VIEIRA, F. S. *et al.* **Beneficiômetro da seguridade social**: a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira. Brasília: Ipea, out. 2023b. (Texto para Discussão, n. 2935).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/35VoKSS>. Acesso em: 16 nov. 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global vaccine action plan 2011-2020**: review and lessons learned. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329097/WHO-IVB-19.07-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 nov. 2023.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020-2025**. Geneva: WHO, 2021.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Capa

Andrey Tomimatsu

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

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea

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

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO