



ESTUDO

Crise de saúde nos Municípios brasileiros

SUMÁRIO

1. Histórico da saúde pública no Brasil.....	2
2. O aumento progressivo das despesas municipais e o desfinanciamento da saúde.....	3
3. Demanda reprimida de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS.....	11
4. Programa Mais Médicos na modalidade coparticipação.....	22
5. Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti).....	25
6. Judicialização do setor de saúde nos Municípios.....	26
7. Desabastecimento de medicamentos e o Programa Farmácia Popular do governo federal.....	28
8. O aumento da demanda de consultas na Atenção Primária à Saúde (APS).....	31
9. Financiamento federal do Agente de Combate às Endemias (ACE) frente à epidemia de dengue.....	32
10. Cobertura vacinal em crianças até 5 anos abaixo da meta do governo federal.....	34
11. Fatores que potencializam a crise.....	39
12. Defasagem dos principais programas federais na saúde.....	44
13. O colapso na diálise e oncologia.....	48



ESTUDO

CRISE DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Área: Saúde e Estudos Técnicos

Palavra-chave: Sistema Único de Saúde, crise, Municípios, Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Políticas Públicas de Saúde, Financiamento Governamental, Vigilância em Saúde, Judicialização da Saúde, Medicamentos.

Produzido em: Brasília, junho de 2024.

Telefone: (61) 2101-6000

E-mail: saude@cnm.org.br

Capa e diagramação: Assessoria Comunicação CNM

1. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Voltando no tempo, antes da Constituição Federal de 1988, havia um modelo de saúde centralizado na União. Além disso, havia uma cisão entre as ações de prevenção (Ministério da Educação e Saúde) e ações de assistência à saúde (Ministério da Previdência e Assistência Social).

As ações de saúde eram ainda voltadas fundamentalmente ao controle de doenças, e a assistência à saúde era garantida apenas aos trabalhadores formais (aqueles que possuíam carteira assinada). Quem não estava nessa condição buscava amparo nas Santas Casas de Misericórdia e nos profissionais autônomos. Inexistia, portanto, antes da Constituição de 1988, um marco jurídico capaz de garantir a saúde como um direito integral e universal a todos os cidadãos brasileiros.

A saúde pública é uma competência comum das três esferas de governo (art. 23, inc. II, CF/1988) e, como direito social, exige prestações positivas para a sua realização. Essas prestações positivas que as três esferas de governo devem ofertar se materializam por meio de ações e serviços públicos de saúde, que, por sua vez, passaram a integrar uma rede.

Os Municípios surgem como peças-chave no funcionamento do SUS devido à proximidade com a base de cidadãos assistidos, e em razão das competências que lhes foram atribuídas pela legislação do SUS, ou seja, ser o principal responsável pela execução dos serviços públicos de saúde. Contudo, tal atuação é notadamente desamparada pelos demais Entes, os quais cada vez mais repassam atribuições na forma de programas e serviços sem um planejamento estruturado que leve em conta as reais condições dos Entes locais, conforme as mais diversas realidades das regiões do país.

De fato, as competências dos Municípios ainda vão mais adiante, como também a execução de serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico, de saúde do trabalhador e de saúde bucal (art. 18 da Lei 8.080/1990).

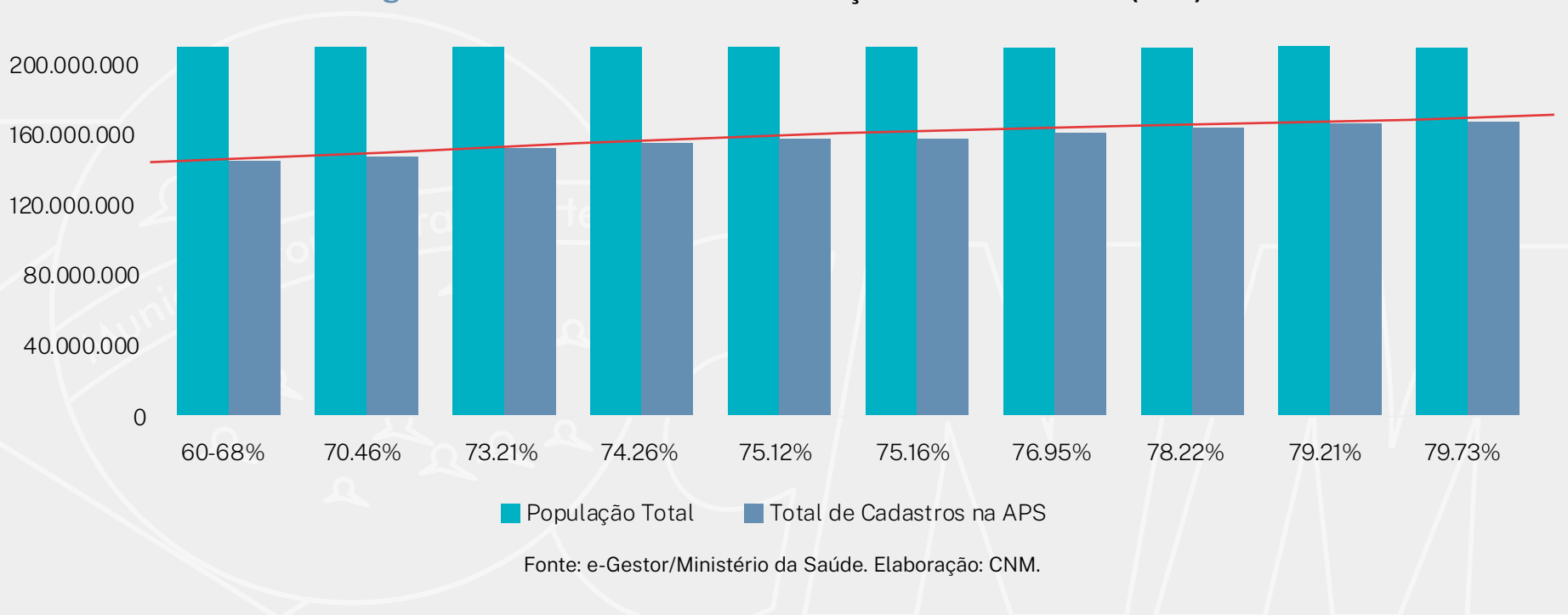
É possível observar que de 1988 até agora aumentaram muito as responsabilidades sanitárias e financeiras dos Municípios, mas sem o respectivo incremento orçamentário dessas atribuições.

2. O AUMENTO PROGRESSIVO DAS DESPESAS MUNICIPAIS E O DESFINANCIAMENTO DA SAÚDE

A cada dez brasileiros, sete dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) quando apresentam algum problema de saúde, o que corresponde aproximadamente a 170 milhões de pessoas. Mesmo número de pessoas cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a

porta de entrada preferencial do SUS e está presente em todos os Municípios. A APS é constituída por 60 mil equipes de saúde, alcançando a cobertura de 79,7% da população brasileira em 2024. Essas equipes de atenção primária têm custado aos Municípios brasileiros altos valores.

Figura 1 – Histórico de cobertura Atenção Primária à Saúde (APS)



Seguindo o mesmo dado do ano de 2022, no ano de 2023, que representa o último dado fechado até o momento, os Municípios arcaram com 60% das despesas de APS, sendo que os recursos recebidos da União pagam apenas 40% da conta.

O Brasil sempre foi acometido por crises, das mais diversas naturezas, e os seus impactos se refletem em todos os setores da sociedade, dentre eles o da saúde, que há pouco tempo viveu a maior crise mundial das últimas décadas, a pandemia da Covid-19.

Exacerbado por essa situação, quatro anos depois do início da pandemia no país, o setor da saúde continua enfrentando desafios com enormes impactos negativos na população. Atualmente, uma imensa sobrecarga afeta não somente o setor público de saúde, mas também o privado.

Só de Covid-19, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) de 10% a 20% dos curados desenvolvem sequelas, que podem chegar a alto grau de gravidade após a fase aguda da doença. Considerando que o Brasil teve ao menos, até os dias de hoje, 37 milhões de casos da doença, é possível dizer que aproximadamente 8 milhões de brasileiros estão sofrendo com as sequelas provocadas por essa infecção. Cenário que aumenta ainda mais as demandas de atendimentos nos serviços de atenção primária, de média e alta complexidade.

A partir de evidências científicas e históricos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estudos da CNM, é possível destacar o desfinanciamento do SUS como o problema crônico da saúde brasileira.

Embora o gasto em saúde total tenha representado 9,4% do PIB em 2017, predomina o gasto privado no Brasil. Em perspectiva comparada, o país apresenta um dos piores patamares de gasto público em relação a um amplo conjunto de países selecionados.

Segundo o relatório da Fiocruz sobre “Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade. Como garantir direitos e promover uma sociedade menos desigual e mais justa por meio do financiamento público da saúde?”, o autor relata que o volume de recursos per capital federal destinados ao SUS a partir de 2012 estava estagnado, e iniciou uma queda em 2017. O estudo evidencia também que é necessário alocar mais recursos para o SUS e reduzir a participação do setor privado.

A CNM analisou o envio dos relatórios municipais para o anexo de despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) nos anos de 2022 e 2023, com enfoque para o percentual do mínimo constitucional em ASPS (15%) investido pelos Entes municipais e a parcela de seus recursos próprios comprometidos.

Há dados de 5.438 prefeituras (97,7% das prefeituras). Em 2022, os Municípios brasileiros investiram 22,4% das suas receitas de impostos e transferências em saúde, enquanto em 2023 esse percentual se elevou para 23%, ou seja, 8 pontos percentuais acima do mínimo exigido.

A Constituição Federal determina que os Municípios apliquem no mínimo 15% da arrecadação de seus impostos em ASPS, o que equivale, em 2023, a mais de R\$ 93 bilhões. Entretanto, as obrigações e necessidades locais levaram os gestores municipais a aplicar o equivalente a 23%, ou seja, mais de R\$ 149,7 bilhões, R\$ 56,16 bilhões a mais que o mínimo. Ao passo que a União aplicou R\$ 179.813 bilhões,

R\$ 31 bilhões a mais que o mínimo constitucional, que seria o equivalente a R\$ 147 bilhões.

Em termos de recursos financeiros, os Municípios no ano de 2022 gastaram R\$ 49,1 bilhões acima do mínimo, e em 2023, R\$ 56,2 bilhões. Somente nos dois anos, em conjunto, as prefeituras investiram R\$ 105,3 bilhões a mais do que a exigência do mínimo, o que por certo indica o crescente esforço dos Entes municipais para a execução dos serviços públicos em saúde.

A Tabela 1 apresenta os resultados.

Tabela 1 – Despesas empenhadas em ASPS e mínimo constitucional (R\$ bilhões)

UF	2022					2023				
	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado
AC	22	22	298	33	17,1%	21	22	328	41	17,3%
AL	101	102	1.417	384	20,4%	102	102	1.585	449	20,7%
AM	61	62	1.766	491	20,6%	62	62	1.913	511	20,7%
AP	16	16	242	36	17,9%	14	16	250	33	16,8%
BA	416	416	6.996	2.064	21,5%	416	416	7.647	2.370	22,0%
CE	184	184	4.584	1.906	24,7%	184	184	5.010	2.133	24,8%

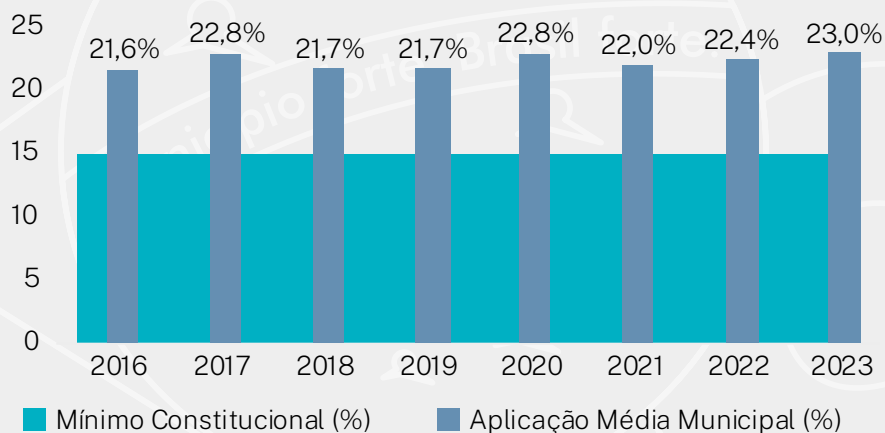
UF	2022					2023				
	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado
ES	76	76	2.296	672	22,7%	76	76	2.432	683	22,3%
GO	240	242	4.145	1.174	21,3%	239	242	5.010	1.764	22,1%
MA	215	216	2.608	719	20,2%	215	216	2.810	828	20,8%
MG	830	830	14.580	5.527	23,2%	827	830	15.019	5.738	23,4%
MS	77	77	2.572	1.060	23,2%	77	77	2.858	1.190	23,9%
MT	140	140	3.178	1.262	23,3%	140	140	3.592	1.474	23,9%
PA	142	144	3.213	891	19,3%	143	144	3.473	936	20,3%
PB	223	223	2.028	687	22,6%	222	223	2.345	882	22,6%
PE	184	184	4.055	1.193	23,1%	184	184	4.259	1.200	24,0%
PI	221	221	1.695	624	19,1%	220	221	1.899	704	19,3%
PR	372	375	8.873	3.354	24,0%	372	375	9.760	3.835	24,8%
RJ	82	82	9.539	3.263	25,2%	80	82	9.750	3.044	25,0%
RN	167	167	2.082	886	24,9%	166	167	2.446	1.117	25,2%
RO	51	51	952	319	23,5%	51	51	1.114	436	24,2%
RR	12	13	323	84	16,7%	12	13	304	51	16,4%
RS	475	475	7.527	2.213	20,8%	472	475	8.563	2.922	21,8%
SC	285	287	6.073	2.234	20,6%	287	287	6.745	2.537	21,7%
SE	73	75	963	194	19,0%	75	75	1.115	268	19,5%
SP	619	619	44.562	17.601	25,4%	617	619	48.494	20.810	27,2%

UF	2022					2023				
	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado	Municípios que cumpriram o mínimo	Municípios	Despesa com ASPS	Recursos além do mínimo	Percentual médio aplicado
TO	139	139	948	251	18,8%	138	139	1.027	258	19,4%
BR	5.423	5.438	137.517	49.122	22,4%	5.412	5.438	149.747	56.214	23,0%

Fonte: RREO. Elaboração: CNM

Diante do exposto, fica evidenciado o elevado comprometimento dos Entes municipais para a continuidade da prestação dos serviços públicos em saúde. A aplicação média municipal, em comparação com o mínimo, para o período de 2016 a 2023 está apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Aplicação em ASPS e o mínimo constitucional



Fonte: RREO. Elaboração: CNM.

Os relatórios do RREO dedicam uma parte específica para computar o total das despesas com saúde nas diferentes áreas de atuação, como a atenção básica, a assistência hospitalar e ambulatorial, o suporte profilático e terapêutico, a vigilância (sanitária e epidemiológica) e a alimentação e nutrição. A totalidade desses recursos é dividida entre a parcela executada com recursos da União e a parcela paga com recursos próprios dos Municípios.

O montante das despesas com saúde em 2022 e 2023, bem como a sua taxa de crescimento, está apontada na Tabela 2.

Tabela 2 – Despesas empenhadas com saúde (R\$ milhões)

Ano	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Demais	Total	Despesas com recursos de transferências	Despesas com Recursos próprios
2022	89.565	105.894	5.360	2.415	5.287	142	34.464	243.107	99.904	143.203
2023	99.869	121.311	6.137	2.577	5.910	166	37.491	273.460	112.925	160.526
%	11,50%	14,60%	14,50%	6,70%	12,20%	16,90%	8,80%	12,50%	13,00%	12,10%

Fonte: RREO. Elaboração: CNM.

Segundo o levantamento do RREO, o total da despesa de saúde, que excede o conceito de ações e serviços públicos em saúde, chegou a R\$ 243,1 bilhões em 2022 e R\$ 273,5 bilhões em 2023, conferindo, portanto, um crescimento nominal de 12,5% no período. Em 2022, 58,9% das despesas pagas eram oriundas de recursos próprios e em 2023, 58,7%. Essa estatística reflete o elevado comprometimento dos recursos públicos para o atendimento das demandas de saúde nos Municípios.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de Municípios que realizam a maior parte de suas despesas com recursos próprios em 2022 e em 2023. Esse percentual foi de 69,3% em 2023, indicando que a cada dez cidades do país, sete realizam a maioria das suas despesas a partir de recursos próprios.

Tabela 3 – Despesas empenhadas em saúde com recursos próprios (R\$ bilhões)

UF	Municípios com maior uso de recursos próprios (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2022)	Total das despesas de saúde (2022)	Recursos próprios (%) (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (2023)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2023)	Total das despesas de saúde (2023)	Recursos próprios (%) (2023)
AC	3	13,60%	574	52,60%	2	9,10%	705	47,30%
AL	25	24,50%	3.758	40,60%	33	32,40%	4.151	43,00%

UF	Municípios com maior uso de recursos próprios (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2022)	Total das despesas de saúde (2022)	Recursos próprios (%) (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (2023)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2023)	Total das despesas de saúde (2023)	Recursos próprios (%) (2023)
AM	6	9,70%	3.517	50,50%	9	14,50%	3.809	50,60%
AP	5	31,30%	532	52,30%	4	25,00%	675	44,20%
BA	225	54,10%	13.637	52,10%	224	53,80%	15.299	51,00%
CE	99	53,80%	9.788	49,30%	99	53,80%	11.013	47,70%
ES	65	85,50%	3.626	66,20%	62	81,60%	4.157	61,80%
GO	201	83,10%	7.203	56,40%	199	82,20%	8.686	61,70%
MA	60	27,80%	6.427	41,70%	61	28,20%	6.910	40,10%
MG	585	70,50%	29.179	50,30%	533	64,20%	34.083	46,10%
MS	67	87,00%	4.920	52,90%	70	90,90%	5.309	55,40%
MT	127	90,70%	5.573	62,20%	128	91,40%	6.314	59,20%
PA	44	30,60%	7.258	49,40%	40	27,80%	7.895	48,40%
PB	130	58,30%	4.600	46,60%	108	48,40%	5.169	47,60%
PE	92	50,00%	5.489	53,50%	84	45,70%	8.498	51,20%
PI	45	20,40%	3.989	43,10%	51	23,10%	4.325	44,00%
PR	364	97,10%	14.293	64,50%	367	97,90%	16.094	63,60%
RJ	46	56,10%	22.334	50,30%	51	62,20%	24.568	49,90%
RN	124	74,30%	4.123	55,20%	127	76,00%	5.208	58,70%
RO	46	90,20%	1.813	53,60%	43	84,30%	2.078	54,50%
RR	1	7,70%	582	55,80%	2	15,40%	640	49,50%
RS	444	93,50%	13.813	57,60%	453	95,40%	15.595	59,70%

UF	Municípios com maior uso de recursos próprios (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2022)	Total das despesas de saúde (2022)	Recursos próprios (%) (2022)	Municípios com maior uso de recursos próprios (2023)	Municípios com maior uso de recursos próprios (%) (2023)	Total das despesas de saúde (2023)	Recursos próprios (%) (2023)
SC	275	95,80%	9.525	64,60%	278	96,90%	10.536	66,00%
SE	38	50,70%	1.992	49,20%	38	50,70%	2.235	51,10%
SP	615	99,40%	59.797	76,20%	607	98,10%	67.134	77,20%
TO	79	56,80%	1.813	53,60%	93	66,90%	2.003	52,50%
BR	3.811	70,10%	243.107	58,90%	3.766	69,30%	273.460	58,70%

Fonte: RREO. Elaboração: CNM

Analisando os resultados por Estado, os maiores percentuais de comprometimento dos recursos próprios em 2023 são em São Paulo (77,2%), Santa Catarina (66,0%) e Paraná (63,6%). Por outro lado, os menores percentuais estão nos Municípios do Maranhão (40,1%), Alagoas (43,0%) e Piauí (44,0%). Na agregação dos dados por Estado, 15% realizaram a maioria de suas despesas com recursos próprios.

Não é de surpreender que os recursos financeiros federal e estadual na área da saúde não têm aumentado na proporção que as ações de saúde exigem para garantir a execução do SUS como ele deveria ser, sua capacidade de atender às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade firmados na própria Constituição, e, ainda, comprometendo os cofres públicos municipais, que a cada ano vêm aplicando mais recursos próprios na área da saúde.

3. DEMANDA REPRIMIDA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES NO SUS

Em abril de 2024, a CNM fez atualização do estudo sobre a “*Demanda reprimida de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS*”, sendo que a primeira versão foi publicada em 2023.

Essa atualização teve como objetivo identificar a demanda reprimida de procedimentos ambulatoriais (exames complementares e consultas com especialistas) e hospitalares (cirurgias) no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus impactos na produção de saúde e no âmbito financeiro dos Municípios. A justificativa para realizar a atualização do estudo foi a necessidade de fornecer subsídios para debates com o governo federal, visando fortalecer e aprimorar as redes de atenção à saúde, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e o bem-estar da população atendida com a diminuição da demanda represada de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no SUS.

Foi realizada a coleta de dados a partir da base de dados do Ministério da Saúde (Datasus), dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Hospitalar (SIH/SUS), considerando a produção total dos anos de 2013 a 2023, tanto de quantidade de procedimentos quanto dos valores da Tabela SUS atribuídos a esses procedimentos, por grupo

e subgrupo de procedimentos, por Unidade Federativa e por Município. Para o cálculo de demanda reprimida, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) considerou a média de crescimento anual entre 2013 e 2019 para estimar a evolução que teria ocorrido entre 2020 e 2023 caso não tivesse ocorrido a pandemia. Para os objetivos do levantamento, foram calculadas as taxas de crescimento médias anuais de procedimentos ambulatoriais e procedimentos hospitalares para cada Unidade da Federação. A demanda reprimida, ou seja, a fila de espera, logo, é a diferença entre o valor estimado de procedimentos pela Confederação e o valor observado.

Os achados indicam a existência, desde 2020, de aproximadamente 481,6 milhões de procedimentos ambulatoriais e 2,2 milhões de procedimentos hospitalares represados. Para equacionar essa demanda reprimida, mantendo a capacidade operacional observada nos anos anteriores, seria necessário aproximadamente R\$ 8,6 bilhões (custos ambulatoriais de R\$ 4,53 bilhões e custos hospitalares de R\$ 4,03 bilhões). Entretanto, o Programa Nacional de Redução de Filas do governo federal disponibilizou até o momento somente 20% desse valor.

Diante disso, o plano de recuperação nacional para redução da fila de espera, instituído por meio do Programa Nacional de Redução de Filas, deveria vislumbrar os verdadeiros impactos na realização dos procedimentos especializados, com a finalidade de amenizar ao usuário a dor física ou a pressão psicológica de ter seu problema de saúde agravado, porém com uma perspectiva clara sobre a solução.

Nesse sentido, faz-se necessário planejar a ampliação do programa, assim como o volume de recursos destinados a essa ação, como também a regulamentação de como será, na prática, a revisão anual da Tabela SUS, determinada pela Lei 14.820/24, para a execução do programa, pois os Municípios têm relatado à CNM grande dificuldade de contratação de prestadores de serviços, até mesmo pagando mais que quatro vezes o valor da Tabela SUS.

Tabela SUS

A defasagem da Tabela SUS também contribui para o atual cenário, posto que dificulta a contratação do prestador de serviço. Como exemplo, segundo a ANS, uma consulta médica custa R\$ 73,91 contra R\$ 10,00 da Tabela SUS (defasagem de quase 640%). Comparando o valor da consulta médica apurada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como média de mercado brasileiro, evidenciamos R\$ 73,91 versus R\$ 10,00 da Tabela SUS, o que

significa afirmar que a Tabela SUS está ao menos 630% defasada.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) identificou ainda uma defasagem de até 17.000% em alguns procedimentos da Tabela SUS. Como exemplo, o parto normal, em que a equipe envolvida no atendimento (médicos e enfermeiros) recebia, em 2012, R\$ 175,80 a cada Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovada, dez anos depois ainda tem o mesmo valor, cerca de 80% abaixo do que poderia ser pago se corrigido por índices inflacionários, como o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC).

Em janeiro de 2024 foi sancionada a Lei 14.820, que estabelece reajuste anual da Tabela SUS, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados, o equilíbrio econômico-financeiro e a preservação do valor real destinado à remuneração dos serviços. Porém, até o momento o Ministério da Saúde não publicou ato normativo de como esse procedimento será realizado e qual será a porcentagem do reajuste.

Leitos Hospitalares

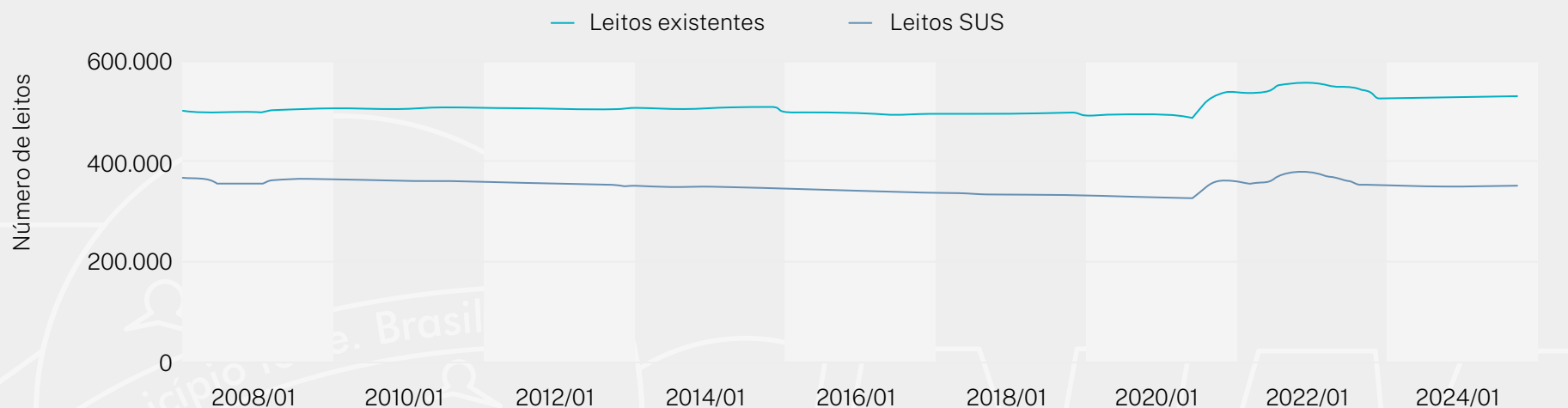
Em dez anos, aproximadamente 36.000 leitos exclusivamente do SUS foram fechados em todo o Brasil. No ano de 2010, o país contava com 361.808 leitos públicos destinados a pacientes que necessitam de hospitaliza-

ção por mais de 24 horas. Porém, em 2020, esse número diminuiu para 326.276, demonstrado na Figura 3.

Além disso, observa-se que o número de leitos exclusivos do SUS em maio de 2024 ainda prevalecem com 10.000 leitos a menos em relação a 2010, mesmo com a pandemia, período em que aumentaram os leitos em todo

o Brasil com financiamento temporário instaurado devido à emergência mundial em saúde da Covid-19, que no seu auge, em 2021, chegou a ter 378.990 leitos, evidenciando a capacidade da Rede SUS de ser ampliada se houver financiamento permanente. Nesse sentido, após a pandemia observa-se a perda de 27.272 leitos exclusivos do SUS devido à suspensão do financiamento.

Figura 3 – Número de leitos existentes e leitos SUS no Brasil

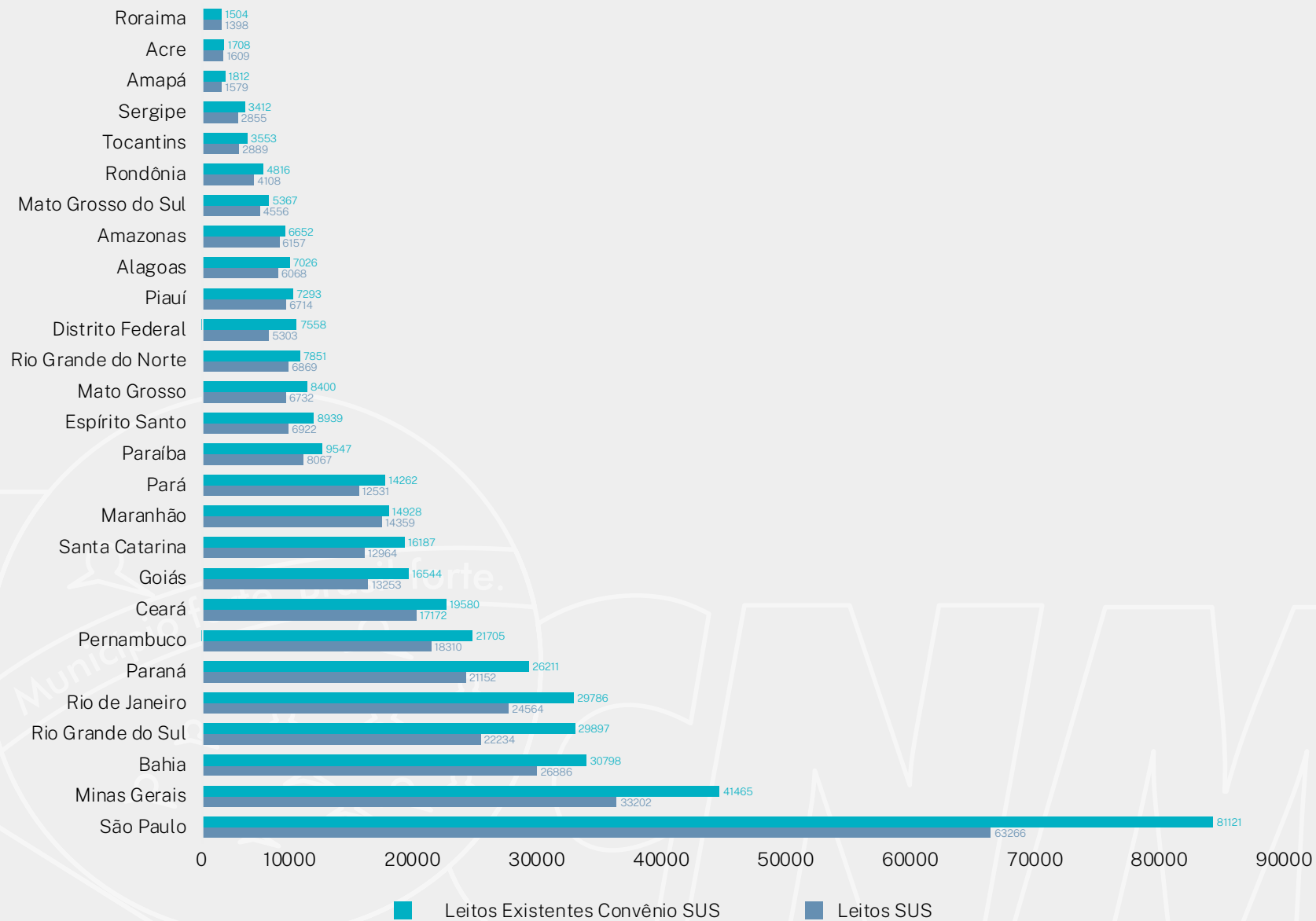


Fonte: SCNES. Elaboração: CNM, 2024

No Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde SCNES de março de 2024, há 427.922 leitos existentes no SUS, sendo 351.718 exclusivos do SUS e 76.204 conveniados, conforme Figura 4. Percebe-se a concentração de leitos nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, denotando a falta de equidade na distribuição da capacidade

instalada na rede SUS para atendimentos de média a alta complexidade, agravando ainda mais a situação de saúde de populações mais vulneráveis em diversos Estados brasileiros, causando sua desproteção devido aos vazios assistenciais.

Figura 4 – Leitos conveniados e exclusivos SUS 2024



Fonte: SCNES. Elaboração: CNM, 2024

Médicos especialistas

A distribuição de médicos especialistas para atendimento à população é mais um ponto crítico, pois atualmente o acesso via SUS é limitado, de acordo com o estudo conduzido pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em conjunto com a Associação Médica Brasileira (AMB). O estudo revela diversas discrepâncias no sistema de saúde do Brasil. Um dos principais pontos destacados é a disparidade entre o crescimento populacional e o número de médicos, além da distribuição

desigual de profissionais pelo território nacional, com concentração em poucas capitais.

Segundo dados atualizados em 2023, há 2,4 médicos especialistas para cada 1.000 habitantes no Brasil, conforme Figura 5, mas essa distribuição varia significativamente entre os Estados e especialidades médicas. A falta de especialistas é particularmente preocupante em áreas como cirurgia e anestesiologia, em que a disparidade entre Estados é evidente.



Figura 5 – Distribuição de médicos por habitantes

BRASIL

514.215

Médicos (indivíduos)

584.121

Médicos (registro)

213.317.639

População

MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES

2,41
Brasil

1,45
Norte

1,93
Nordeste

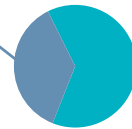
2,95
Sul

3,39
Sudeste

3,19
Centro-Oeste



37,7%
Generalistas

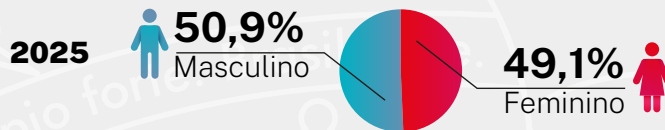


62,3%
Especialistas

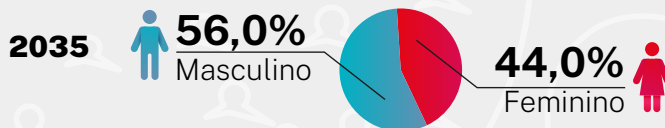
1,65

Razão especialista/generalista

PROJEÇÃO



2,90 Médicos por 1.000 habitantes



4,43 Médicos por 1.000 habitantes

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2023

O estudo também ressalta que cerca de 38% dos médicos no país não possuem especialização, enquanto a oferta de vagas para residência médica, a principal via para

formação de especialistas, não acompanha o aumento do número de graduados em medicina. Isso gera preocupações sobre a capacidade futura de suprir a demanda por

especialistas, especialmente diante do envelhecimento da população e das políticas de saúde pública que demandam mais profissionais qualificados. Segundo os dados, 70% dos médicos estão concentrados onde vivem menos de 30% da população.

Segundo o levantamento do estudo da USP e AMB, no intervalo entre os dois censos mais recentes, o crescimento da população brasileira desacelerou em relação a contagens anteriores, aumentando 6,5%, um acréscimo de 12,3 milhões de habitantes em 12 anos. Já a população de médicos, no mesmo período, cresceu 70,3%, um aumento de 225.290 profissionais em 12 anos. O crescimento está relacionado à grande abertura de cursos e vagas de graduação em medicina.

Embora a densidade de médicos por 1.000 habitantes tenha aumentado no país, alcançando a taxa de 2,40 em 2023, prevalecem a concentração geográfica e a força de atração dos grandes centros. As capitais apresentam densidade média de médicos por habitantes (6,13) muito maior que os interiores (1,84) e, dentro de alguns Estados, essa diferença é ainda mais expressiva. Em 2022, no conjunto das cidades com menos de 50.000 habitantes, onde vivem mais de 30% da população, estavam presentes apenas 8% dos médicos.

O levantamento aponta ainda que a desigualdade na distribuição de médicos no Brasil fica ainda mais evidente no agrupamento de Municípios, segundo estratos populacionais e com base no Censo 2022 do IBGE. Entre os 5.570 Municípios do país, 3.861 (69,3%) têm até 20 mil habitantes. Juntas, essas cidades têm cerca de 31,9 milhões de habitantes ou 15,8% da população brasileira. Nesse mesmo conjunto estão apenas 16,7 mil médicos, ou 2,8% do total de profissionais do país. Inversamente, nas 41 cidades com mais de 500 mil habitantes, onde vivem 29% da população nacional, estão concentrados 61,5% dos médicos. As 319 cidades com mais de 100 mil habitantes concentram 57% dos habitantes e 85,5% dos médicos do país.

Nove capitais (Salvador, Natal, Belém, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Vitória e Fortaleza) tiveram retração populacional nos últimos 12 anos, segundo o Censo de 2022. Nas demais capitais, a população aumentou, com os maiores crescimentos registrados em Palmas, Florianópolis, Cuiabá, João Pessoa e Manaus. Assim, houve alterações na taxa de médicos por habitantes em relação à edição anterior do estudo Demografia Médica no Brasil. Florianópolis registra quase dois médicos por 1.000 habitantes a menos.

Vitória, que já era a capital brasileira com maior densidade médica, tem agora 18,14 médicos por 1.000

habitantes, um acréscimo de 3,65 após o ajuste populacional.

A capital do Espírito Santo é seguida por Porto Alegre, Florianópolis, Belo Horizonte e Recife, todas com mais de oito profissionais por 1.000 habitantes. No outro extremo das capitais, com menos de três médicos por 1.000 habitantes, estão Macapá (2,21), Boa Vista (2,68) e Manaus (2,77).

A análise revela que, embora o número de médicos no Brasil tenha crescido significativamente nas últimas décadas, essa expansão não tem sido uniforme nem suficiente para atender às necessidades de todas as regiões e estratos populacionais. A desigualdade na distribuição de médicos é evidente ao se comparar regiões urbanas e rurais, bem como Municípios de diferentes tamanhos populacionais.

Além disso, mudanças demográficas, como a retração populacional em algumas capitais e o crescimento em outras, impactam a distribuição de médicos, com algumas cidades enfrentando escassez enquanto outras têm densidades médicas muito altas. Essas disparidades sugerem a necessidade de políticas para melhorar a distribuição de profissionais de saúde e garantir um acesso equitativo aos serviços médicos em todo o país.

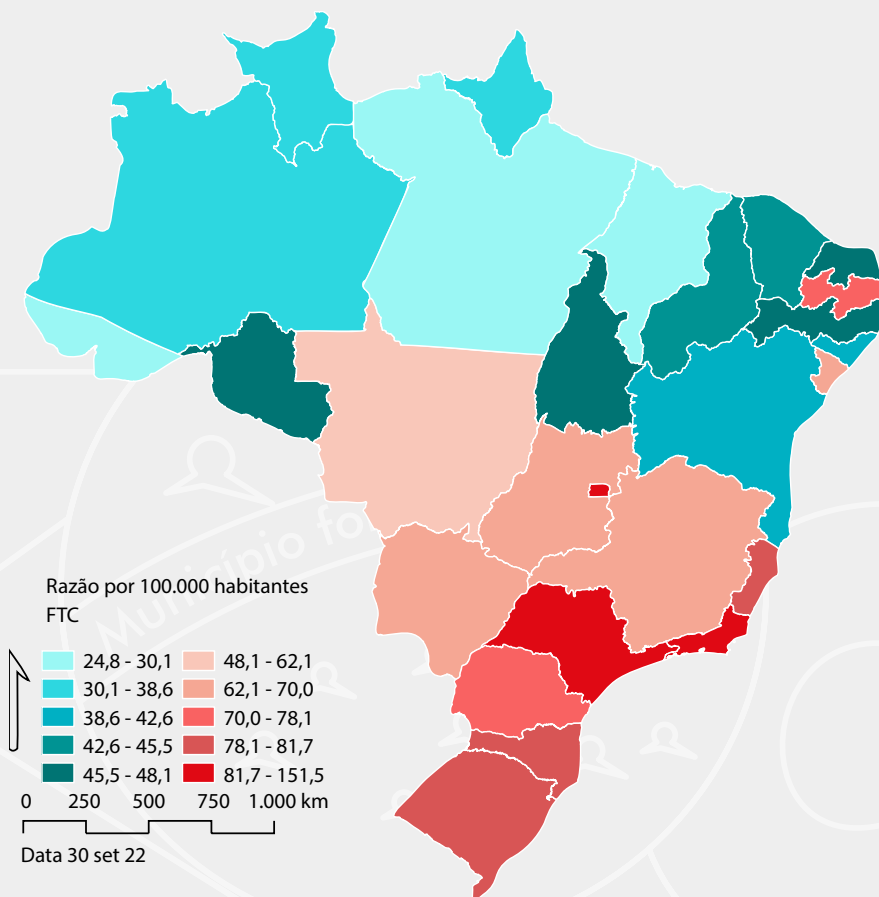
Há importantes disparidades regionais na proporção de médicos, a julgar pela concentração das taxas mais elevadas de médicos e especialistas no Centro-Sul do país e nos Municípios litorâneos, enquanto é possível observar nas regiões Norte e Nordeste uma parcela bem mais elevada de baixa cobertura de médicos.

A Força de Trabalho Cirúrgica (FTC), conforme Figura 6, que limita o número de cirurgias eletivas realizadas, entre elas as oncológicas, obstetrícia e trauma, representa a falta de uma ocupação fundamental, a baixa quantidade de médicos anesthesiologistas. Há indisponibilidade desses profissionais para a oferta de cirurgias em tempo oportuno para evitar situações clínicas que aumentem a taxa de mortalidade e incapacidades. Para comparações internacionais, utiliza-se três indicadores de acesso cirúrgico: número de médicos cirurgiões; anesthesiologistas; e obstetras por 100.000 habitantes. O parâmetro é de 20 especialistas por 100.000 habitantes, sugerida pela Lancet Commission.

No geral, os médicos anesthesiologistas representam 20,9% do total da força de trabalho cirúrgica no Brasil, muito próximo da média mundial (20%). No entanto, nos Estados de Rondônia, Maranhão, Tocantins e Acre, os anesthesiologistas não chegam a 17% da força de trabalho cirúrgica. Estudos anteriores já haviam revelado que mais de 70% dos médicos que atuam em cirurgias estavam nas grandes cidades, onde vivem apenas 24% da população.

Além disso, esses profissionais se concentram em grande parte nos serviços de saúde privados, que atendem menos de 30% da população brasileira.

Figura 6 – Força de trabalho cirúrgica no Brasil por habitantes



Fonte: DB 2023.

A situação é alarmante nas cidades de fronteiras, distribuídas ao longo de 15,7 mil quilômetros de fronteiras e onde vivem aproximadamente 12 milhões de brasileiros, localidades onde é baixa a oferta de estabelecimentos e de profissionais de saúde na rede pública. Dados do Conselho Federal de Medicina mostram que, entre 2014 e 2023, 422 Municípios de fronteira reduziram em mais de 13 milhões o número de consultas realizadas. Se fossem consideradas todas as 588 cidades, o saldo de consultas nessa área se manteria negativo, com queda de 28% na produção desse serviço nos últimos dez anos. Tal situação pode ser explicada pelo reduzido quantitativo de profissionais médicos nessas localidades.

Destaca-se que a média de consultas realizadas por médico no Brasil anualmente (1.261) é bem menor do que em países da OCDE (2.122).

Na Figura 7 se constata a diferença acentuada da disponibilidade de profissionais por especialidade, ratificando a escassez ou abundância de oferta de profissionais, indicando a necessidade de políticas públicas que alcancem maior equidade dessa oferta de acordo com o perfil epidemiológico de cada região de saúde no Brasil.

Figura 7 – Quantidade de médicos por especialidade no Brasil em 2023

Especialidade	Quantidade
Acupuntura	4.354
Alergia e Imunologia	2.052
Anestesiologia	29.358
Angiologia	1.659
Cardiologia	20.324
Cirurgia Cardiovascular	2.557
Cirurgia da Mão	1.120
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1.406
Cirurgia do Aparelho Digestivo	3.840
Cirurgia Geral	41.547
Cirurgia Oncológica	1.855
Cirurgia Pediátrica	1.720
Cirurgia Plástica	7.833
Cirurgia Torácica	1.268
Cirurgia Vascular	5.741
Clínica Médica	56.979
Coloproctologia	2.414
Dermatologia	11.431
Endocrinologia e Metabologia	6.731

Especialidade	Quantidade
Endoscopia	4.365
Gastroenterologia	5.997
Genética Médica	407
Geriatria	2.670
Ginecologia e Obstetrícia	37.327
Hematologia e Hemoterapia	3.271
Homeopatia	2.973
Infectologia	4.736
Mastologia	2.912
Medicina de Emergência	779
Medicina de Família e Comunidade	11.255
Medicina do Trabalho	20.804
Medicina de Tráfego	8.411
Medicina Esportiva	1.291
Medicina Física e Reabilitação	1.016
Medicina Intensiva	8.091
Medicina Legal e Perícia Médica	2.292
Medicina Nuclear	1.105
Medicina Preventiva e Social	1.962
Nefrologia	5.494
Neurocirurgia	4.145
Neurologia	6.776

Especialidade	Quantidade
Nutrologia	1.977
Oftalmologia	17.967
Oncologia Clínica	4.730
Ortopedia e Traumatologia	20.972
Otorrinolaringologia	8.100
Patologia	3.824
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1.578
Pediatria	48.654
Pneumologia	4.021
Psiquiatria	13.888
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	16.899
Radioterapia	1.014
Reumatologia	3.134
Urologia	6.690

Fonte: Demografia Médica do Brasil, 2023.

Além da baixa proporção de médicos por mil habitantes, uma vez que em 2023 havia 2,4 por 1.000 habitantes, as capitais apresentam densidade média de médicos por habitantes (6,13) muito maior que os interiores (1,84). Destaca-se que a média de consultas realizadas por médico no Brasil anualmente (1.261) é bem menor do que em países da OCDE (2.122). A situação fica mais grave em relação à força de trabalho cirúrgica, que limita o número de

cirurgias e aumenta a fila de espera, que varia entre 24 e 151 por 100.000 habitantes, evidenciando a disparidade entre as regiões brasileiras, uma vez que mais de 70% dos médicos que atuam em cirurgias estavam nas grandes cidades, onde vivem apenas 24% da população, além de grande parte se concentrarem em serviços privados que atendem 30% da população. Nesse contexto, há dificuldade para especialização dos médicos no Brasil, pois cerca de 38% deles não possuem especialização, e ainda há um reduzido número de vagas em residências médicas nas instituições de ensino superior.

A demanda reprimida na rede SUS é causada por todos os fatores mencionados anteriormente, desde a capacidade instalada para oferta de serviços, como a redução de 36.000 leitos hospitalares desde 2010, sua distribuição irregular e insuficiente no território brasileiro, em média 1,7 leito a cada mil habitantes, com 351.718 exclusivos SUS e 76.204 conveniados, totalizando 427.922, como a defasagem do repasse do governo federal via Tabela SUS, que em relação à consulta médica chega a quase 640%, e, em alguns procedimentos, chega até 17.00%. Vale lembrar ainda que a nova Lei 14.820, que estabelece reajuste anual da tabela, ainda não tem regramento.

4. PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA MODALIDADE COPARTICIPAÇÃO

Das 15.838 vagas de médicos aderidas por 2.683 Municípios para o Programa Mais Médico na modalidade coparticipação, atualmente temos 9.365 vagas ativas. O total de médicos atuantes nas duas modalidades do Programa Mais Médico são 25.337, em 4.562 Municípios. No [link](#) do painel do programa não deixa claro se as 9.365 vagas ativas são de médicos atuantes. Se considerarmos que são atuantes, temos mais de 37% de médicos financiados somente pelos Municípios.

Todos os 25.337 médicos do programa, independente da modalidade a que pertencem, têm alimentação e moradia pagos obrigatoriamente pelos Municípios, trazendo um impacto para os cofres públicos municipais em mais de R\$76 milhões por mês.

Adicionados à cifra anterior, com as bolsas dos médicos do programa na modalidade coparticipação, os Entes municipais estão arcando com R\$ 116 milhões por mês para os 9.365 médicos, o que significa 37% dos médicos do Mais Médicos, chegando ao montante de R\$ 192 milhões por mês que os gestores precisam reservar para executar o Programa.

O Programa Mais Médicos para o Brasil com a coparticipação dos Municípios, estabelecido por meio da Portaria 752/2023, determina o pagamento de bolsa no valor de R\$ 12.386,50 para cada médico contratado, e esse valor será descontado do repasse mensal já destinado aos Municípios por meio do fundo a fundo, utilizado para custeio da atenção primária.

De acordo com a avaliação de impacto realizada pela CNM, observa-se um quadro de despesas consideráveis. Com a inclusão de todas as vagas previstas no edital, o montante mensal de R\$ 874 milhões será comprometido da atenção primária, ou seja, cerca de 40% dos recursos a serem alocados na área.

Além do desconto da bolsa do médico nos recursos de atenção primária, os gastos com auxílios-moradia e alimentação dos médicos são obrigatórios para os Municípios nessa modalidade e na outra tradicional também. Esses gastos variam entre R\$ 78 milhões e R\$ 248 milhões mensais, sem contar o transporte dos médicos e os adicionais para regiões de difícil acesso. Somados

aos demais custos, o impacto financeiro mensal para os Municípios ultrapassa a expressiva cifra de R\$ 1 bilhão.

Em pesquisa da CNM realizada com 3.423 Municípios sobre a falta de médicos na Atenção Primária à Saúde, a qual está presente em todas as cidades brasileiras, 3.006 (87,8%) responderam que não têm falta de médicos. Isso se justifica pois o Município está pagando a bolsa de 37% dos médicos do programa, mais moradia e alimentação de todos, e, ainda, os demais médicos que não estão no programa, que ultrapassa 35 mil médicos com salários diversos.

Agrava o desfinanciamento municipal as respostas dos 3.423 Municípios contatados, pois 1.986 aderiram ao Programa Mais Médicos na modalidade coparticipação, o que corresponde a 58% dos Municípios compreendidos pela pesquisa, ficando de fora nessa modalidade 1.337 (39,1%). Com isso, é possível constatar que dos Municípios participantes da pesquisa que relataram não haver falta de médicos no momento, esses médicos estão sendo financiados exclusivamente pelos Municípios.

Mesmo diante dos alertas da CNM, a participação na modalidade coparticipação de 1.986 (58%) é bem significativa e preocupa, uma vez que essa modalidade onera

os cofres municipais em relação aos serviços básicos de saúde. Apesar de somente 376 (18,9%) Municípios terem informado que o programa não resolveu a falta de médicos, e 1.483 (74,7%) terem dito que sim, colocando uma lupa na questão, a pesquisa identificou que parte desses profissionais não assumiram o cargo nos Municípios, pois 433 (21,8%) informaram que houve desistência do médico, e outros 229 (52,9%) informaram que não houve reposição de profissional, indicando as dificuldades do Ministério da Saúde na operacionalização desse provimento. Por fim, 733 (36,9%) Municípios informaram que não aumentou o tempo de permanência desse médico na modalidade de coparticipação, em comparação a outros programas, ou seja, é uma solução temporária que retira, e por vezes suspende, o valor do repasse federal mensal para as equipes de saúde.

Foi identificado em outro dado da pesquisa da CNM, quando indaga-se sobre a avaliação do repasse da União para o custeio da Atenção Primária à Saúde, que 590 (39,8%) Municípios apontam que houve redução significativa no repasse da União para o custeio da APS no ano de 2023, e um terço destes (34,9%) apontaram que essa redução foi de até 20%, sendo que 7,6% relataram redução de 20 a 40%.

Tabela 4 – Quantidade de Municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos para o Brasil com a coparticipação

UF	Quantidade de Municípios que aderiram ao Mais Médicos com coparticipação
AC	14
AL	50
AM	38
AP	14
BA	191
CE	98
DF	1
ES	49
GO	80
MA	80
MG	443
MS	35
MT	46
PA	62
PB	68
PE	107
PI	76
PR	257

UF	Quantidade de Municípios que aderiram ao Mais Médicos com coparticipação
RJ	51
RN	75
RO	29
RR	10
RS	190
SC	164
SE	37
SP	367
TO	51
BR	2.683

Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração: CNM.

Diante o exposto, e como o governo federal não planeja aumentar os repasses destinados à atenção primária municipal em função da adesão ao Programa Mais Médico na modalidade coparticipação, mesmo na nova modalidade de financiamento da APS, não resolve o problema da falta de médicos, mantendo-os no cenário caótico, já que não há injeção de novos recursos, dificultando ainda mais a oferta de ações e serviços públicos de saúde de atenção primária de qualidade para a população brasileira.

Após todo o sofrimento já vivenciado há décadas pelos gestores municipais para contratar médicos e mantê-los

nos Municípios, como já é de entendimento comum a necessidade de qualificar a APS, faz-se necessário que o Ministério da Saúde assuma essa pauta com prioridade para contribuir com o aumento dos indicadores de saúde

da população, arcando com 100% das despesas para contratação dos médicos no Programa Mais Médico, e assim expandir o teto de contratação.

5. EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (EMULTI)

As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) foram estabelecidas conforme a Portaria 635/2023, que instituiu um incentivo financeiro federal que engloba a implantação, o custeio e a avaliação de desempenho das modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). O Ministério da Saúde efetuará repasses mensais destinados ao custeio dessas equipes, com valores variáveis entre R\$ 12 mil e R\$ 36 mil.

A sua implementação apresenta semelhanças com o extinto Núcleo de Apoio da Saúde da Família (Nasf). Cabe recordar que o núcleo era constituído por equipes multiprofissionais para atuarem em conjunto com os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ao ser extinto e os recursos financeiros descontinuados pelo Ministério da Saúde, os Municípios se viram obrigados a custear o programa em sua

totalidade com recursos próprios, com o objetivo de evitar a descontinuidade do serviço e consequentemente a desassistência da população.

Contudo, é crucial observar que o financiamento dessas novas equipes é oriundo de emendas parlamentares, conhecidas especificamente como RP2, conforme especificado na Portaria 544/2023.

Entretanto, a liberação de recursos por meio de emendas parlamentares levanta preocupações entre os gestores municipais. Isso se deve à natureza temporária desse recurso, que possui vigência restrita ao ano de 2023. Tal circunstância exige planejamento cuidadoso por parte dos Municípios para garantir a continuidade e a eficácia dos serviços, dentro das limitações temporais estabelecidas.

Em 2023 foram publicadas apenas duas portarias com credenciamento de equipes eMulti: a Portaria GM/MS 1.828, de novembro de 2023, que credenciou 145 equipes em 106 Municípios, no valor total de 3,1 milhão, em 2023, e 48,1 milhões, em 2024; e a Portaria GM/MS 2.385, de dezembro de 2023, que credenciou 1.370 equipes em 743 Municípios, no valor total de 467 milhões a partir de 2024.

Portanto, apenas 849 Municípios foram credenciados. Além disso, o custeio federal é insuficiente e mais uma vez

os Municípios precisam arcar com os custos excedentes da estratégia. A partir da publicação da portaria da estratégia eMulti, em maio de 2023, apenas 1.515 equipes foram credenciadas. Ou seja, além do financiamento insuficiente, a implantação da estratégia é lenta.

A falta de estrutura na atenção primária, como já adiantamos, agrava as condições de saúde, agudizando condições crônicas ou não acolhendo situações ambulatoriais.

6. JUDICIALIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

O estudo da CNM visou identificar os temas que geram mais demandas judiciais e o custo financeiro aos cofres municipais, bem como quais são as dificuldades enfrentadas para atender as demandas judiciais. Utilizou-se um questionário contendo cinco perguntas direcionadas aos gestores municipais, referentes à judicialização da saúde. Esse questionário foi aplicado via call center da CNM aos Municípios brasileiros no período de 05 de fevereiro até 07 de maio de 2024. Com 39,8% dos Municípios brasileiros pesquisados, ou seja, 2.215 Municípios, que concentram aproximadamente 79.496.037 milhões de habitantes, de acordo com a

estimativa do IBGE para 2020, realizou-se uma análise que consolida as informações apuradas nessa pesquisa.

O estudo apontou que aproximadamente 90% dos Municípios brasileiros possuem processos de judicialização da saúde. De acordo com a Escola de Governo Fiocruz Brasília, “há Municípios que despendem 40% ou 50% do orçamento com saúde em virtude do cumprimento dessas decisões”. Os problemas não param por aqui; os Entes públicos, por força de decisões judiciais, tecnologias de alto custo e com baixa evidência científica, sofrem o pesado

custo em suas contas que desequilibram todo o sistema público de saúde.

Os 1.989 Municípios que responderam sobre quantos processos dessa natureza possuem somaram 412.038 processos, o que indica que, dividindo por Municípios, é possível identificar uma média de 207 processos por Município. Custa, para 790 Municípios que responderam quanto os processos referentes a medicamentos despenderam de seu orçamento nos últimos 10 anos, o equivalente a R\$ 2,2 bilhões, sendo que desse valor, R\$ 1,5 bilhão são de Municípios de pequeno porte. Quanto às dificuldades enfrentadas pelos Municípios para atender às demandas judiciais, foram apresentados como principais fatores recursos insuficientes (22,3%); processos que não são de competência municipal (22%); recursos não previstos em orçamento (19,7%); e falta de recursos humanos (15,2%). Os Municípios foram questionados se já haviam solicitado ressarcimento da União referente aos processos judiciais que são de competência desse Ente, sendo possível apurar que 98% dos Municípios não receberam ressarcimento da União.

Foi também objeto da pesquisa se os Municípios possuem setor ou procurador municipal específico para tratar as demandas judiciais, tanto da saúde como da educação, visto que a presente pesquisa fora aplicada nos dois âmbitos. Constata-se que a maioria dos Municípios (67%) não possuem setor destacado para enfrentar as

demandas judiciais. Foi também objeto da pesquisa se os Municípios possuem alguma plataforma ou sistema digital que centralize as informações relativas às demandas judiciais ou administrativas e dispensação de medicamentos, de fácil consulta ao cidadão para análise e eventual solução administrativa. A maioria dos Municípios consultados, o que equivale a 1.525, que representa 68,8% de todos os Municípios objeto da pesquisa, informaram que não possuem tal ferramenta.

Por fim, os Municípios, especialmente de pequeno e médio porte, enfrentam dificuldades significativas para atender às demandas judiciais. Essas dificuldades incluem a insuficiência de recursos, a incompatibilidade dos processos com as competências municipais e a falta de previsão orçamentária para tais gastos.

Adicionalmente, há ausência de ressarcimento da União para muitos dos gastos realizados sob ordem judicial. Além disso, a pesquisa revelou que uma grande parte dos Municípios não possui setores jurídicos especializados ou sistemas administrativos centralizados que poderiam ajudar a gerir e mitigar os impactos da judicialização. A sobrecarga resultante da judicialização da saúde pode comprometer a alocação adequada de recursos municipais, afetando a capacidade dos gestores locais em atender às necessidades da população e implementar políticas de saúde de forma eficaz.

7. DESABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS E O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO GOVERNO FEDERAL

Outros fatores que vêm aumentando as demandas nos serviços públicos de saúde, contribuindo significativamente com o aumento dos gastos, são os custos de medicamentos, que, de acordo com o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos, em 10 anos aumentou 76,79% no país; e o envelhecimento da população, que está progredindo em ritmo acelerado, e, de acordo com o Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA), o grupo etário que mais cresce no Brasil é o de pessoas com 80 anos ou mais.

Ressalta-se que embora seja de iniciativa do Ministério da Saúde e esteja diretamente conectado à saúde da população brasileira, o Programa Farmácia Popular, criado em 2004, consiste na parceria com farmácias da rede privada e não possui conexão com a Assistência Farmacêutica financiada pelo Ministério da Saúde aos Municípios, ou seja, com as farmácias públicas. O Brasil conta com aproximadamente 191 mil farmácias, e dessas, 29,8 mil são

credenciadas no “**Rede Conveniada Aqui Tem Farmácia Popular**”¹. O estudo da CNM avaliou o crescimento do programa e seus resultados quanto à ampliação do acesso a medicamentos no âmbito da saúde pública, por meio de pesquisa qualitativa nas portarias do programa, no histórico do financiamento e em conteúdos relacionados ao tema, a fim de identificar o histórico do programa, seus objetivos, serviços ofertados e principais repercussões e a situação atual do programa.

Dados de um estudo elaborado por ALMEIDA et al. (2019), que analisou os impactos do programa sobre a saúde de pacientes crônicos, tratados comumente na APS, concluiu que a estratégia de ampliação do acesso a medicamentos mostrou-se efetiva para a redução de internações e óbitos por hipertensão arterial e diabetes no Brasil, referentes ao período de 2003 a 2016, tendo sido utilizados dados de 5.566 Municípios. Os autores destacam ainda que

1 Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/Rede_Conveniada_Aqui_Tem_Farmacia_Popular/Rede_Conveniada_Aqui_Tem_Farmacia_Popular.html

compreender melhor os impactos do programa é relevante para aperfeiçoar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, de modo a assegurar o acesso a tratamentos com boa relação custo-efetividade.

Além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou farmácias municipais, a população pode obter medicamentos gratuitos no Programa Farmácia Popular. O programa disponibiliza medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) para tratamentos dos principais problemas de saúde pública da Atenção Primária à Saúde (APS), contidos na Relação Nacional de Medicamentos (Rename).

Em março de 2024, constam medicamentos e insumos para 11 condições de saúde: hipertensão arterial; diabetes mellitus; asma; dislipidemia; rinite; parkinson; osteoporose; glaucoma; diabetes mellitus associada a doença cardiovascular e incontinência, além de anticoncepcionais e absorventes higiênicos.

Os medicamentos para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão, osteoporose e anticoncepcionais são gratuitos. Por outro lado, no caso de medicamentos para o tratamento da dislipidemia (colesterol e triglicérido alto), rinite, doença de Parkinson, glaucoma e as fraldas geriátricas, o programa oferta de forma subsidiada, ou seja, o Ministério da Saúde paga parte do valor dos medicamentos em até 90% do valor de referência tabelado e o

cidadão paga o restante, de acordo com o valor praticado pela farmácia privada credenciada.

Hoje o programa conta com 29,8 mil farmácias credenciadas em 4.667 Municípios, distribuídas por todo o território nacional, com maior concentração na região Sudeste. Os medicamentos disponíveis no programa podem ser consultados no seguinte [link](#): Os beneficiários do Bolsa Família têm acesso a todos os medicamentos disponíveis no programa de forma totalmente gratuita.

Para ter acesso aos medicamentos, todo cidadão pode apresentar um documento oficial com foto e número do CPF, e a receita médica dentro do prazo de validade, tanto do SUS quanto de serviços particulares. O prazo de validade das receitas de medicamentos de uso contínuo é de seis meses e os demais, de 30 dias, devendo o usuário renovar a receita após o prazo. Para os anticoncepcionais, são 365 dias.

A prescrição médica também é necessária para a fralda geriátrica que comprove a necessidade do uso das fraldas e indique a quantidade necessária. A quantidade de fraldas disponibilizadas se limita até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada 10 dias.

De forma gratuita os seguintes grupos de pessoas podem pegar absorventes higiênicos: estudantes das ins-

tituições públicas de ensino; pessoas em situação de vulnerabilidade social extrema; e pessoas em situação de rua, as quais devem ter idade entre 10 e 49 anos e estarem inscritas no Cadastro Único (CadÚnico).

O programa já foi alvo de diversas denúncias, investigações e flagrantes de corrupção, em especial pelo uso de pacientes falsos para dispensação fictícia de medicamentos e cobrança de pagamento para o Ministério da Saúde.

O orçamento previsto para 2023 teve um corte de 58%, que foi revisto pela equipe de transição, que apostou em uma mudança de R\$ 1,018 bilhão para R\$ 3 bilhões de investimentos em 2023. No ano de 2023, o valor pago na operacionalização atingiu a expectativa de gastos de R\$ 3 bilhões.

Em pesquisa via call center realizada pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) em abril deste ano, verificou-se que aproximadamente 40% dos Municípios que responderam ao questionário, totalizando 3.423 Municípios, relatam desabastecimento de medicamento nas farmácias básicas municipais (públicas), ou seja, de medicamentos de Assistência Farmacêutica financiada pelo Ministério da Saúde aos Municípios. Os participantes citam que os quatro medicamentos que mais têm faltado são antibióticos, medicamentos para o sistema nervoso, anti-hipertensivos e anti-diabéticos.

Conforme aponta os dados do sistema E-gestor do Ministério da Saúde, a CNM comparou o mês de janeiro de cada ano a partir de 2020 até 2024, e o resultado foi aumento de mais 500% nos atendimentos dessas doenças na Atenção Primária à Saúde, perfazendo 210 mil atendimentos nos Municípios. Isso pode se dar, principalmente, pelo envelhecimento da população.

Com o aumento de pacientes crônicos na rede do SUS, e a falta de medicamentos necessários para controlar a pressão alta e os níveis altos de açúcar no sangue, a CNM alerta sinal de perigo para as pessoas portadoras de doenças crônicas, com risco de descompensar e levar à internação em UTI, e ainda ter sequelas devido a complicações, como: lesões nos rins que levem à dependência de hemodiálise, amputações de membros inferiores, cegueira, entre outros.

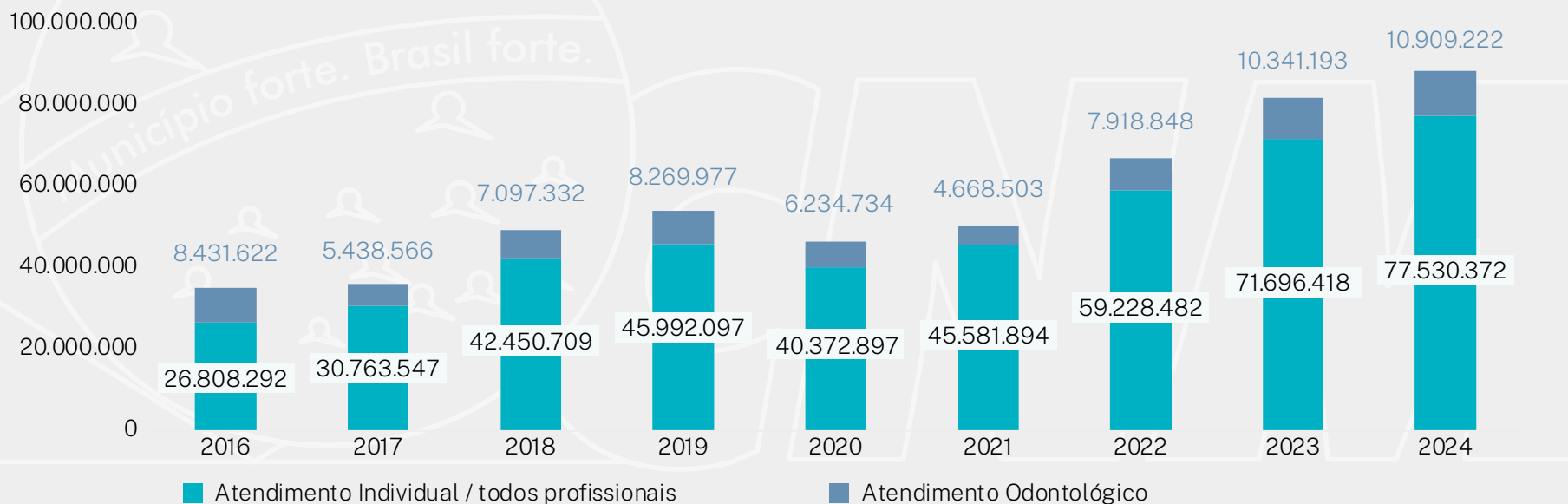
Conclui-se que para facilitar o acesso dos usuários do SUS à dispensação adequada e regular de medicamentos, o Programa Farmácia Popular deveria ter alguma comunicação com a Farmácia Básica dos Municípios. Uma possível integração pode melhorar a gestão eficaz de medicamentos dentro do Município, no âmbito do SUS, e isto é crucial para garantir a segurança dos pacientes e a eficácia dos tratamentos. Para finalizar, é importante maior controle sobre a dispensação de medicamentos para evitar fraudes nas farmácias credenciadas privadas.

8. O AUMENTO DA DEMANDA DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Além disso, se faz necessário ter aumento do repasse de recurso financeiro da Assistência Farmacêutica da União para os Municípios, o qual já vem sendo sinalizado como insuficiente há bastante tempo, principalmente devido ao aumento dos atendimentos nas UBS, e devido fundamentalmente ao crescimentos da demanda de hipertensos e diabéticos.

Além dos insumos para tratamento de diversas doenças que devem ser adquiridos pelos Municípios, pode-se verificar o significativo aumento dos atendimentos/visita domiciliar na APS, conforme a série histórica na Figura 8. Observa-se que no primeiro trimestre de 2016 havia 35,2 milhões de atendimentos totais; em 2024, passou para 88,4 milhões, representando um aumento de 53,2 milhões de atendimentos entre 2016 e 2024, ou seja, foram produzidos 60% a mais de atendimentos para a população nos Municípios.

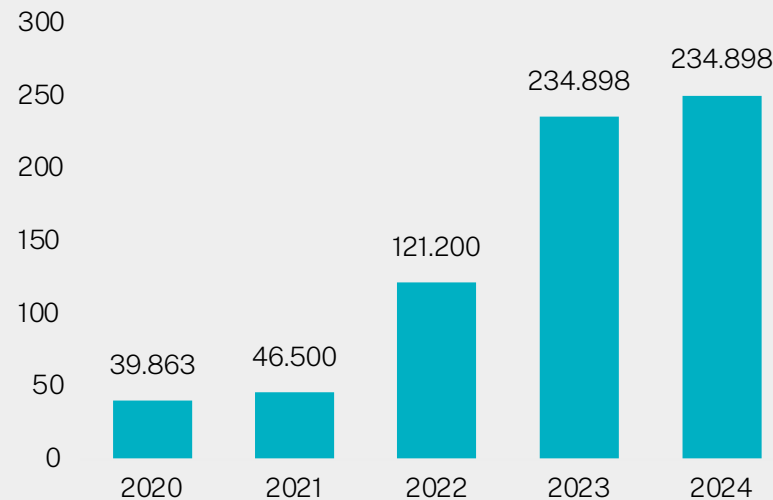
Figura 8 – Série histórica de atendimentos na Atenção Primária à Saúde



Fonte: e-Gestor/Ministério da Saúde. Elaboração: CNM.

Como exemplo, observa-se principalmente o aumento de pacientes com doenças crônicas, como **hipertensão e diabetes**. Comparando o mês de janeiro de cada ano a partir de 2020 até 2024, foi registrado um aumento de mais **500% nos atendimentos dessas doenças na APS**, perfazendo 210 mil atendimentos nos Municípios.

Figura 9 – Série histórica de atendimentos de hipertensão e diabetes na APS



Fonte: e-Gestor/Ministério da Saúde. Acesso em: 02 mai. 2024. Elaboração: CNM.

9. FINANCIAMENTO FEDERAL DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) FRENTE À EPIDEMIA DE DENGUE

Pode-se acrescentar a esse cenário de crescimento da APS no Brasil, e conseqüentemente o aumento com despesas em saúde nos cofres públicos municipais, o teto de financiamento, estipulado pelo MS, da Assistência Financeira Complementar (AFC), e o incentivo financeiro

para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACE(IF), do Agente de Combate às Endemias (ACE).

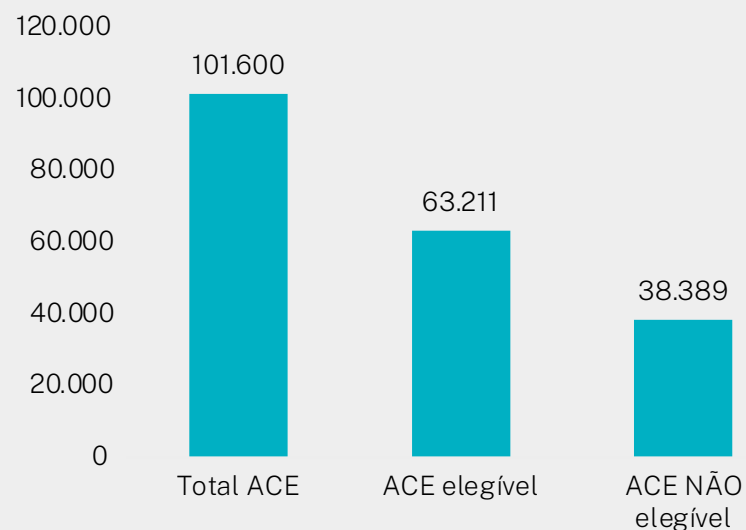
Dados extraídos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) em dezembro de

2023 mostraram que havia 101.600 ACE no Brasil, e apenas 63.211 elegíveis para receber a assistência ministerial, ou seja, 38.389 ACE são financiados pelos Municípios, e 649 Municípios não possuem ACE elegíveis para recebimento da AFC e IF, o que denota a necessidade de revisão das portarias de 2014 e 1015, que versam sobre o parâmetro de cálculo do teto desses profissionais para que possam ser passíveis de contratação com o auxílio da União.

O cenário epidemiológico mudou muito em dez anos, fato demonstrado pela intensa mudança climática, que causa o aumento da incidência de muitas doenças preveníveis com a atuação do ACE, como a dengue, por exemplo, que alcançou números recordes de casos em 2024, atingindo mais de 2,7 milhões de brasileiros, segundo o painel de monitoramento de arboviroses do Ministério da Saúde (<http://li.cnm.org.br/r/wHrwU9>).

O impacto financeiro anual da União com o auxílio foi de R\$ 2,3 bilhões em 2023. E em 4.921 Municípios, somam-se 38.389 ACE, sem o complemento financeiro da União, perfazendo R\$ 1,4 bilhão em 2023.

Figura 10 – Número de ACE em relação a AFC e IF



Fonte: SCNES 2023. Elaboração: CNM.

10. COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS ABAIXO DA META DO GOVERNO FEDERAL

O estudo da CNM sobre a avaliação das coberturas vacinais de rotina no Brasil, de 2009 a 2023, das crianças com até cinco anos de idade, entre março e abril de 2024, coletou os dados de cobertura das 13 vacinas de rotina recomendadas para crianças nessa faixa etária. Esse estudo teve como objetivo realizar análise descritiva dos dados

com base na meta de cobertura de cada vacina, conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI), e apontou que o país mantém risco de retorno da paralisia infantil, devido à cobertura vacinal contra essa doença ter ficado 10% abaixo da meta em 2023.

Quadro 1 – Vacinas recomendadas para crianças com até cinco anos de idade no Brasil

Vacina	Meta de cobertura	Agravo prevenível	Doses Aplicadas
BCG	90%	Tuberculose miliar e meníngea	Dose única ao nascer
Hepatite B (até 30 dias)	95%	Hepatite B	Dose única ao nascer
DTP+Hib+HB (Penta)	95%	Difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae B e hepatite B.	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Poliomielite 1,2,3 (VIP-inativada)	95%	Poliomielite	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Pneumocócica 10-valente (PCV 10)	95%	Pneumonias, Meningites, Otites e Sinusites	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses

Vacina	Meta de cobertura	Agravo prevenível	Doses Aplicadas
Rotavírus humano G1P1 (VRH)	90%	Diarreia causada pelo rotavírus	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses
Meningocócica C (conjugada)	95%	Meningite meningocócica tipo C	1a dose: 3 meses 2a dose: 5 meses Reforço: 12 meses
Febre Amarela (Atenuada)	95%	Febre amarela	1ª dose: 9 meses Reforço: 4 anos
Tríplice viral (SCR) e Tetraviral (SCR +VZ)	95%	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela	1ª dose: 12 meses 2ª dose: 15 meses
Poliomielite (VOP)	95%	Poliomielite	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Hepatite A	95%	Hepatite A	Dose única: 15 meses
DTP	95%	Difteria, tétano e coqueluche	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Varicela	95%	Varicela	1ª dose: 15 meses* 2ª dose: 4 anos

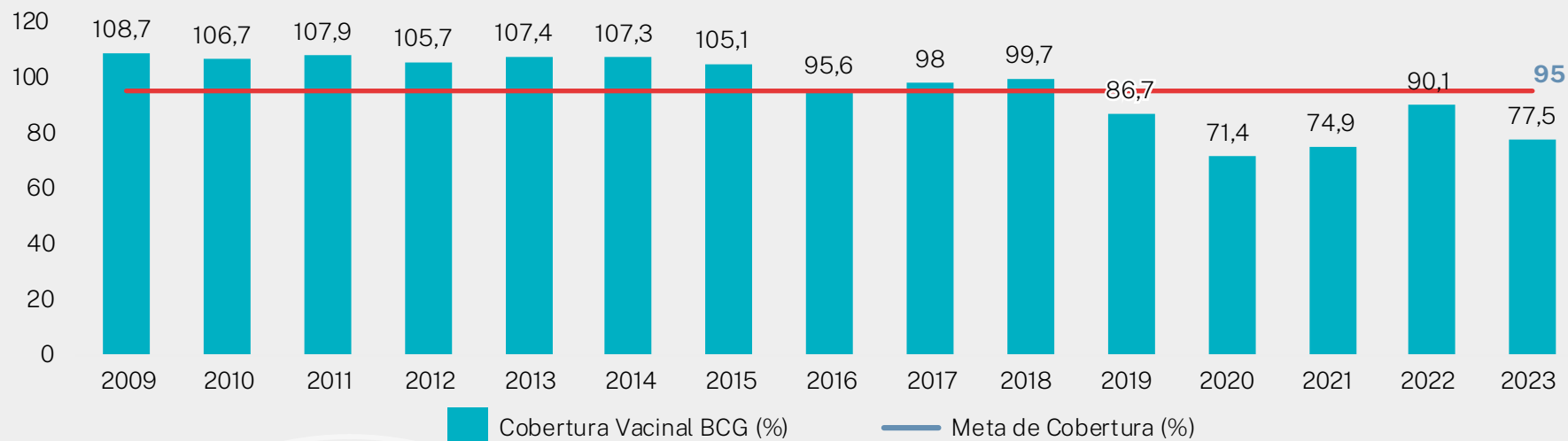
*Trata-se da tetraviral.

Fonte: Calendário Nacional de Vacinação para crianças com até cinco anos de idade, 2023.

Alguns resultados demonstraram que entre 2009 e 2023, considerando apenas as vacinas com dados disponíveis em todos os anos, a BCG atingiu a meta em 11 anos da série, a tríplice viral (SRC), em 8 anos, a poliomielite (VIP), em 7 anos, e rotavírus em um ano, dos 15 analisados.

Nem todas as vacinas apresentaram dados desde 2009, porque algumas só foram introduzidas na rotina do PNI nos anos subsequentes.

Gráfico 1 – Cobertura vacinal da BCG. Brasil, 2009 a 2023



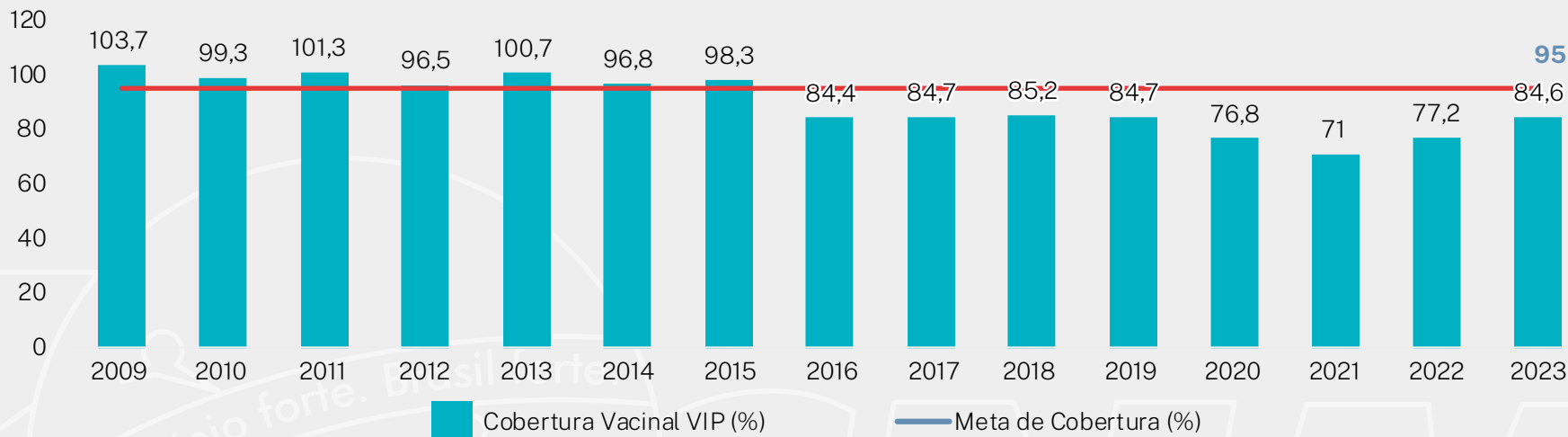
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados até 19 de abril de 2024.

Das 13 vacinas avaliadas, exceto a BCG, que atingiu a meta em 2022, nenhuma atingiu a meta de cobertura nos últimos cinco anos. A meta de cobertura vacinal para a hepatite B, a DTP e a febre amarela nunca foi atingida na série analisada. Em 2013 a média da cobertura das vacinas, era de 83,8%, e em 2023 foi de 66,2%, ou seja, uma queda de 17,6%.

A vacina contra a poliomielite não alcança a meta de 95% desde 2016, ou seja, há oito anos. Já a tríplice viral, que protege contra o sarampo, caxumba e rubéola, não atinge a meta desde 2017, há sete anos. A meta de cobertura da hepatite B, da DTP e da febre amarela nunca foi atingida na série analisada. Das 13 vacinas avaliadas, nenhuma atingiu a meta de cobertura nos últimos cinco anos, ou seja, desde 2019, exceto a BCG, que atingiu a meta em 2022.

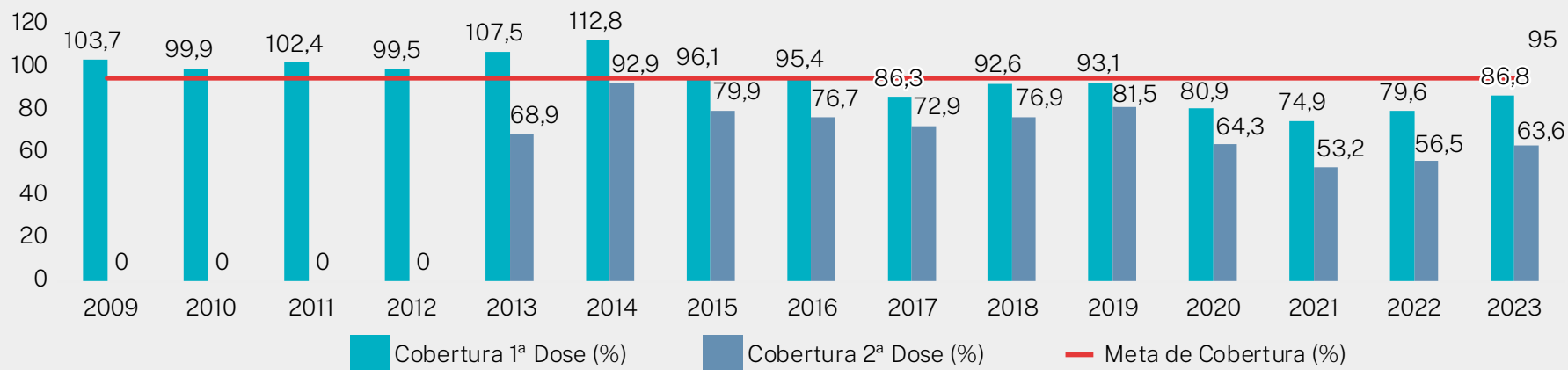
Gráfico 2 – Cobertura vacinal da poliomielite 1,2,3 (VIP). Brasil, 2009 a 2023

Vacina	Anos sem atingir as metas
BCG	4 anos
Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	7 anos
Rotavírus	14 anos
Poliomielite (VIP)	8 anos



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados até 19 de abril de 2024.

Gráfico 3 – Cobertura vacinal de tríplice viral (SCR). Brasil, 2009 a 2023



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados até 19 de abril de 2024.

Pode-se concluir que a queda na cobertura não é apenas efeito da pandemia, mas esta reduziu ainda mais as coberturas vacinais. Em 2022 é possível observar uma elevação das coberturas, que mantiveram a tendência em 2023, mas ainda abaixo da meta. Contudo, em 2013 a média da cobertura das vacinas, com dados disponíveis, era de 83,8%, e em 2023 foi de 66,2%, ou seja, uma queda de 17,6%. O risco de retorno da paralisia infantil, uma doença que levou à incapacidade e à morte de crianças, deixando as famílias brasileiras desesperadas, permanece no país, podendo voltar devido à cobertura vacinal para essa vacina de 10% abaixo da meta em 2023.

De março a abril deste ano foi realizada pela CNM, também, uma pesquisa via *call center* sobre vacinação nos

Municípios. Participaram 3.044 Municípios, sendo que 90% dos Municípios participantes da pesquisa relataram falta de recursos financeiros para fazer a busca ativa dos faltosos de vacinação. Destes, 90% são Municípios de pequeno porte, 8% de médio e somente 2% de grande porte. O total de 67% dos Municípios mencionaram baixa conscientização da população sobre a importância da vacinação.

A vacinação é uma estratégia bem-sucedida que tem salvado milhares de vidas nas últimas décadas em várias partes do mundo. É a prática de melhor custo-benefício para a prevenção contra doenças infecciosas imunopreveníveis. Contudo, nos últimos anos observou-se uma queda nas taxas de cobertura vacinal em vários países, o que tem ameaçado as conquistas obtidas no combate a diversas

doenças infecciosas. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021), cerca de 20 milhões de bebês têm acesso insuficiente a vacinas a cada ano. Por isso, a OMS lançou a “Agenda de Imunização 2030”, com o objetivo principal de salvar, através da vacinação, 50 milhões de pessoas na próxima década em todo o mundo.

Com essa estratégia, as metas da OMS são “manter os ganhos duramente conquistados em imunização, recuperar-se das interrupções causadas pela Covid-19 e alcançar ainda mais, não deixando ninguém para trás, em qualquer situação ou em qualquer fase da vida” (World Health Organization, 2021).

Os recursos financeiros encontrados pelo governo federal para resolver a situação da redução das coberturas vacinais no país para a Campanha de Multivacinação em 2023 foi de R\$ 150 milhões para Estados e Municípios; entretanto, alguns Municípios não receberam nem R\$ 3 mil.

Por fim, o aumento do repasse de recurso financeiro da União para as ações de Atenção Primária à Saúde e Vigilância nos Municípios são necessárias para conseguirem executar ações integradas, principalmente de vacinação para o alcance de altas e homogêneas coberturas vacinais.

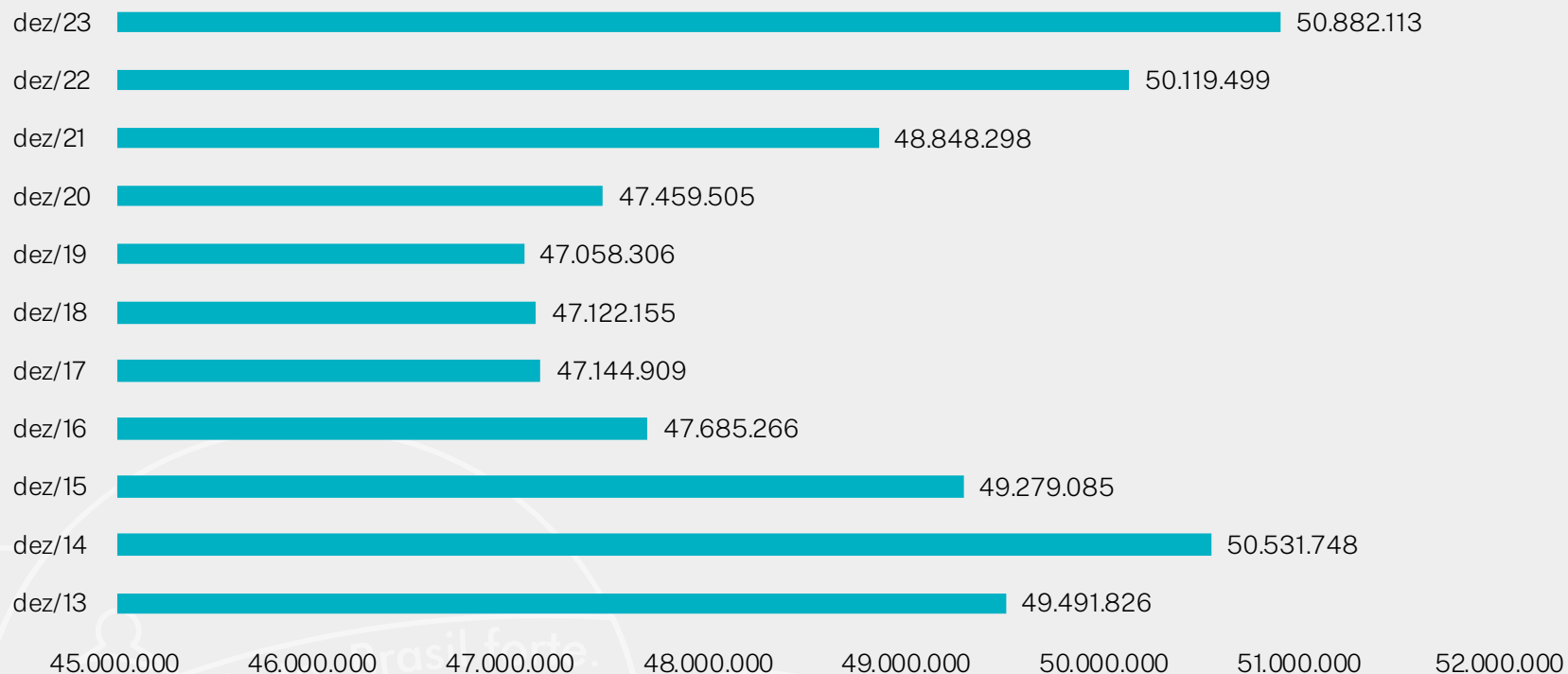
11. FATORES QUE POTENCIALIZAM A CRISE

11.1. A SITUAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO SUS

Agrava ainda mais a crise os planos de saúde que não conseguem cobrir os custos dos prestadores, durante a redução no quantitativo de beneficiários de 2014 até 2019. Porém, a partir do primeiro ano da pandemia, em 2020,

até 2024, cerca de 3 milhões de usuários se tornaram beneficiários de planos privados. Até dezembro de 2023, a Agência Nacional de Saúde (ANS) apontou 50 milhões de brasileiros com plano de saúde hospitalar e ambulatorial. A realidade é que parte dessas pessoas podem migrar para o SUS, aumentando o quantitativo de usuários do sistema de forma significativa.

Figura 11– Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial



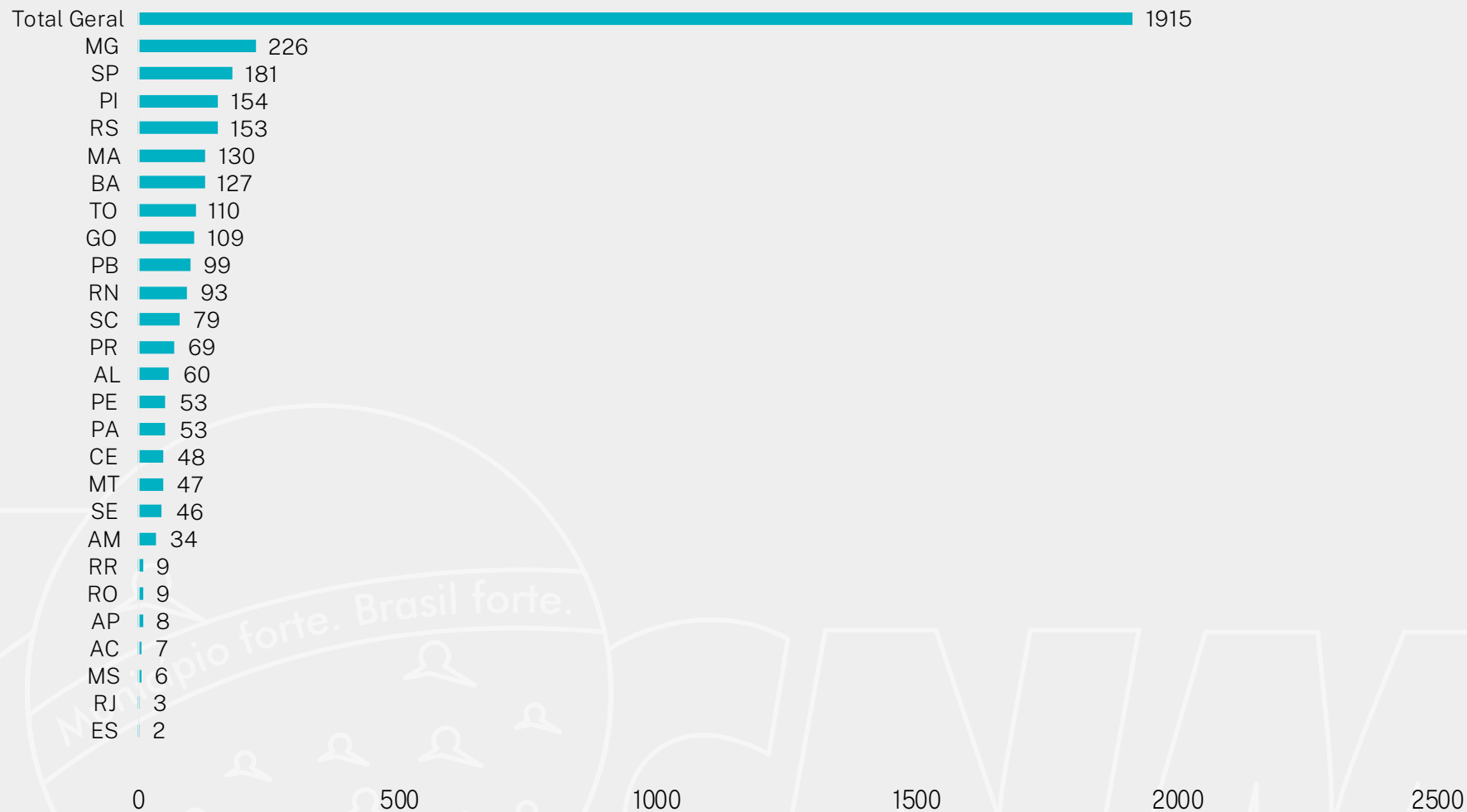
(Brasil - 2013-2023)

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS/ Dados atualizados até 02/2024. Elaboração: CNM

Cabe ressaltar que 34% dos Municípios brasileiros não têm serviços médicos privados e dependem exclusivamente do SUS. Aproximadamente 15,7 milhões de pessoas

vivem nessas 1.915 localidades, sendo quase 9 milhões apenas na região Nordeste. (Ministério da Saúde - <http://li.cnm.org.br/r/s2XYzQ>)

Figura 12 – Municípios sem serviços médicos privados por UF em 2023



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS/ Dados atualizados até 02/2024. Elaboração: CNM.

11.2. A ALTA PREVALÊNCIA DE ALGUMAS DOENÇAS E O CRESCIMENTO DA MORTALIDADE

Há alguns conjuntos de doenças que tiveram alta prevalência no período, como as doenças do aparelho circulatório (que incluem infarto e acidentes vasculares cerebrais), que tiveram elevação de óbitos em 58 mil, seguidas das neoplasias (câncer) e doenças no aparelho respiratório (pneumonia e gripes). Os três agrupamentos correspondem a 55% dos óbitos em 2022.

É possível ainda avaliar o crescimento dos indicadores de óbito a cada ano entre 2013 e 2022, período em que os óbitos apresentam expansão muito similar, excetuado nos anos de 2020 e 2021. A informação que mais chama a atenção da Tabela 5 é o crescimento acelerado dos óbitos causados no sistema geniturinário, referente aos órgãos genitais e urinários; urogenital (+ 89% ou 7,35% ao ano) e no sistema nervoso (84% ou 7,02% ao ano).

Tabela 5 – Indicadores de óbito em 2013 e 2022

Causa de Óbito	2013	2022	Diferença	Variação
Óbitos (exclusive Covid)	1.210.474	1.476.766	266.292	22,00%
Doenças no aparelho circulatório	339.672	397.920	58.248	17,10%
Neoplasias (tumor)	196.954	242.963	46.009	23,40%
Doenças no aparelho respiratório	137.832	176.111	38.279	27,80%
Doenças no sistema nervoso	30.300	55.777	25.477	84,10%
Doenças no aparelho geniturinário	29.709	56.256	26.547	89,30%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	74.726	92.694	17.968	24,00%
Doenças infecciosas e parasitárias	52.058	66.308	14.250	27,40%
Doenças do aparelho digestivo	61.934	76.243	14.309	23,10%
Gravidez e período perinatal	24.532	19.660	-4.872	-19,90%
Achados anormais e não classificados	71.804	86.054	14.250	19,80%

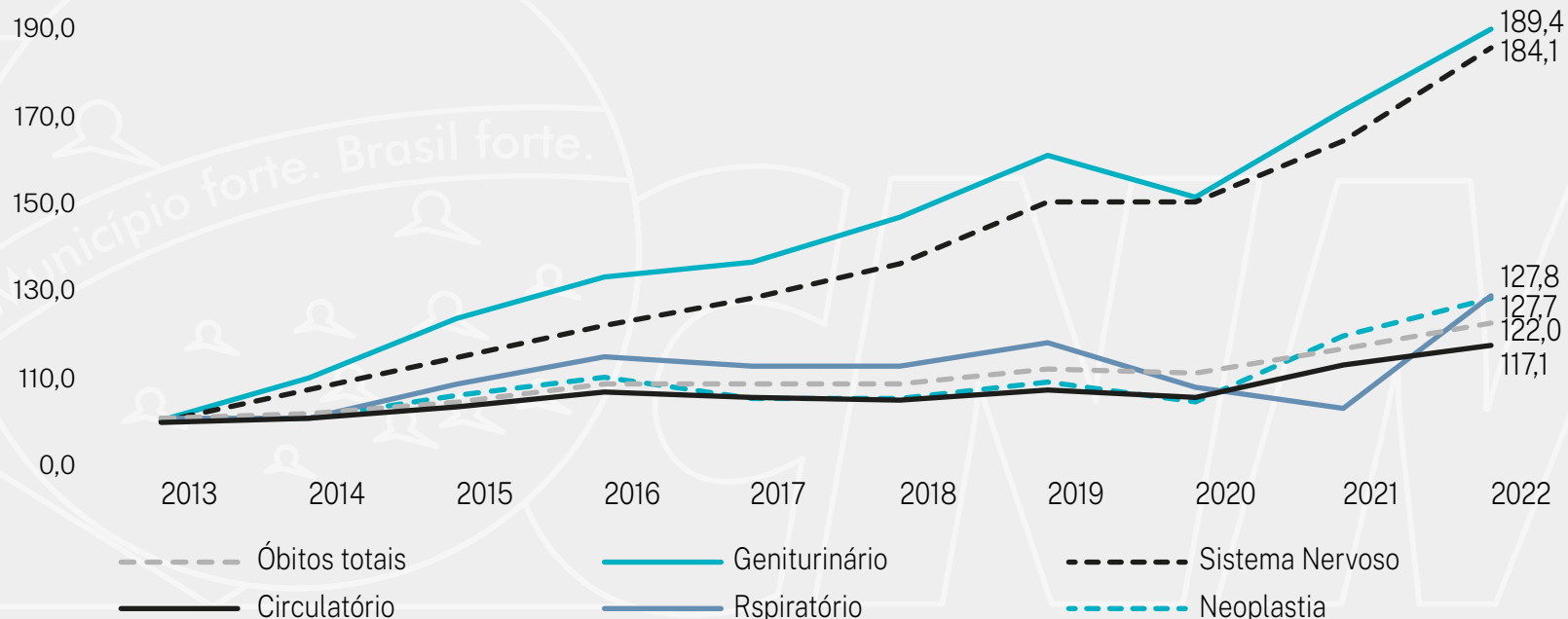
Causa de Óbito	2013	2022	Diferença	Variação
Demais	39.270	53.810	14.540	37,00%
Causas externas	151.683	152.090	407	0,30%

Fonte: IVIS/MS. Elaboração: CNM

A partir dos dados da plataforma, é possível observar as principais ocorrências. No caso das doenças do sistema geniturinário, que alcançaram 56.256 casos, quase 80% dos casos são explicados por infecção no trato urinário (26.670) e insuficiência renal (18.204). Somente nesse período mais recente, de 2018 a 2022, as causas de morte se elevaram em 33,5%, enquanto a média nacional foi de 12,2%.

Em relação às doenças do sistema nervoso, dos 55.777 óbitos em 2022, 62% estão relacionados ao mal de Alzheimer e Parkinson (34.595). O crescimento nas duas categorias entre 2018 e 2022 foi de 39,5%, mais de três vezes a taxa de óbitos geral.

Figura 13 – Crescimento de óbitos por indicadores selecionados



Fonte: IVIS/Ministério da Saúde. Elaboração: CNM

Esse cenário de crise que os Municípios enfrentam é multifacetado e complexo, sendo influenciado por uma série de fatores preocupantes e potencializado por pandemias, surtos de doenças, carência de profissionais, desigualdades regionais e falta de investimentos adequados.

A crise na saúde pública é consequência de um contexto histórico de desfinanciamento. A insuficiência dos repasses financeiros da União compromete a capacidade operacional e potencializa as dificuldades enfrentadas pelos Municípios, refletindo na efetividade dos serviços de saúde prestados à população.

Diante de toda a realidade que vem acometendo a saúde pública nos Municípios, é essencial o aumento urgente do custeio fixo de saúde com garantia de continuidade, oriundo do governo federal, até atingir os parâmetros recomendados, além de apoio ampliado dos Estados, com a finalidade de garantir o fortalecimento do SUS, ampliar e reestruturar os serviços, garantindo acesso à saúde de qualidade, com foco na atenção primária e nas necessidades de saúde imediatas, reduzindo as desigualdades e iniquidades.

12. DEFASAGEM DOS PRINCIPAIS PROGRAMAS FEDERAIS NA SAÚDE

12.1. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ESF E EAP)

De acordo com os dados do Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde -e-Gestor AB, como descrito na Tabela 6, do total de aproximadamente 60 mil equipes de Atenção Básica (Equipe de Saúde da Família – eSF e

Equipe de Atenção Primária – eAP) credenciadas/existentes, somente no mês de janeiro de 2024, 6.730 dessas equipes, respectivamente em 514 e 430 Municípios, aguardam as homologações de eSF e eAP, e por isso não receberam recurso de custeio do Ministério da Saúde, causando um impacto nos cofres Municipais de R\$ 104,5 milhões a mais de custeio próprio com a Atenção Primária, arrastando esse prejuízo até a homologação das equipes.

Tabela 6 – Relação entre equipes ESF/EAP credenciadas – homologadas

Competência de janeiro de 2024 e-gestor	ESF credenciada	ESF homologada	Equipes ESF aguardando homologação	valor PG pelos Municípios
	56.297	51.640	4.657	R\$ 86.237.456,97
	EAP credenciada	EAP homologada	Equipes EAP aguardando homologação	valor PG pelos Municípios
	8.079	6.006	2.073	R\$ 18.282.148,00
		6.730	R\$ 104.519.604,97	

Fonte: e-Gestor/Ministério da Saúde. Elaboração: CNM.

O financiamento federal para essas equipes nem sempre coincide com o momento em que elas são credenciadas, o que leva o Município a investir na expansão das equipes e aguardar o cofinanciamento do Ministério da Saúde. Isso obriga o Município a suportar integralmente os custos da expansão até que o reconhecimento ministerial seja concedido.

Em abril foi publicada a Portaria GM/MS 3.493/2024, instituindo a nova metodologia de cofinanciamento federal do piso de atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Dentre os pontos detalhados no ato normativo destacamos os parâmetros para o número de pessoas vinculadas por equipe, que são classificados por faixas, variando entre 2.000 a 3.000, dependendo do tamanho populacional do Município.

Ao compararmos com o modelo anterior, conhecido como “Previne Brasil”, que permitia até 3.500 pessoas vinculadas por equipe, torna-se evidente a necessidade de um maior número de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) para manter o atual patamar de cobertura da APS.

Durante a vigência do Previne Brasil, para manter a cobertura de 80% na Atenção Primária à Saúde (APS), eram requeridas 50.129 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, com as novas diretrizes esse número aumentou para 70.415 equipes, uma diferença de 21.639 equipes adicionais. Isso implica em um incremento financeiro de cerca de R\$ 6 bilhões destinados ao custeio dessas equipes de ESF.

Somado a isso, visando manter a cobertura de APS, ainda permanece a preocupação com relação à morosidade na homologação das equipes de ESF pelo Ministério da

Saúde, o que resultaria na responsabilidade financeira pelo custeio dessas novas equipes recair completamente sobre os Municípios por longos períodos.

Tabela 7 – Relação número de equipes, cobertura de APS e custo financeiro

Centro Oeste	4.089	8.354	8.144	3.934	5.656	1.671	475.466.674
Nordeste	18.504	28.834	27.322	13.700	19.092	2.958	841.669.912
Norte	4.688	9.453	8.675	4.429	6.005	1.571	447.012.654
Sudeste	17.386	44.816	42.424	20.735	29.096	12.239	3.482.487.508
Sul	7.513	15.201	14.967	7.331	10.566	3.200	910.528.640
Total	52.180	106.659	101.531	50.129	70.415	21.639	6.157.165.388

Fonte: E-Gestor/Ministério da Saúde. Elaboração e cálculos: CNM

Ao longo dos anos o número de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) tem aumentado e, conseqüentemente, a cobertura de Atenção Primária, que em julho de 2021 registrou 64,99% e atualmente corresponde a 79,9%, o que em dados populacionais representa um crescimento de aproximadamente 30 milhões de brasileiros a mais sendo acompanhados. Fato que contribui para o aumento do investimento dos Municípios que na sua maioria não contam com o cofinanciamento da atenção básica pelos Estados, possuindo apenas o repasse federal, que é insuficiente.

Dentro do contexto de defasagem dos recursos repassados pelo governo federal aos Municípios para a im-

plementação e sustentação dos programas e serviços de APS, surge uma questão de crescente preocupação. Por esse motivo, a CNM conduziu estudo fundamentado no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Um exemplo notável dessa disparidade financeira ocorre no contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que apresenta em algumas modalidades a defasagem de 39% nos recursos alocados. Fato que resulta em limitações significativas na disponibilidade de ambulâncias, equipamentos e treinamento adequado para as equipes de socorro.

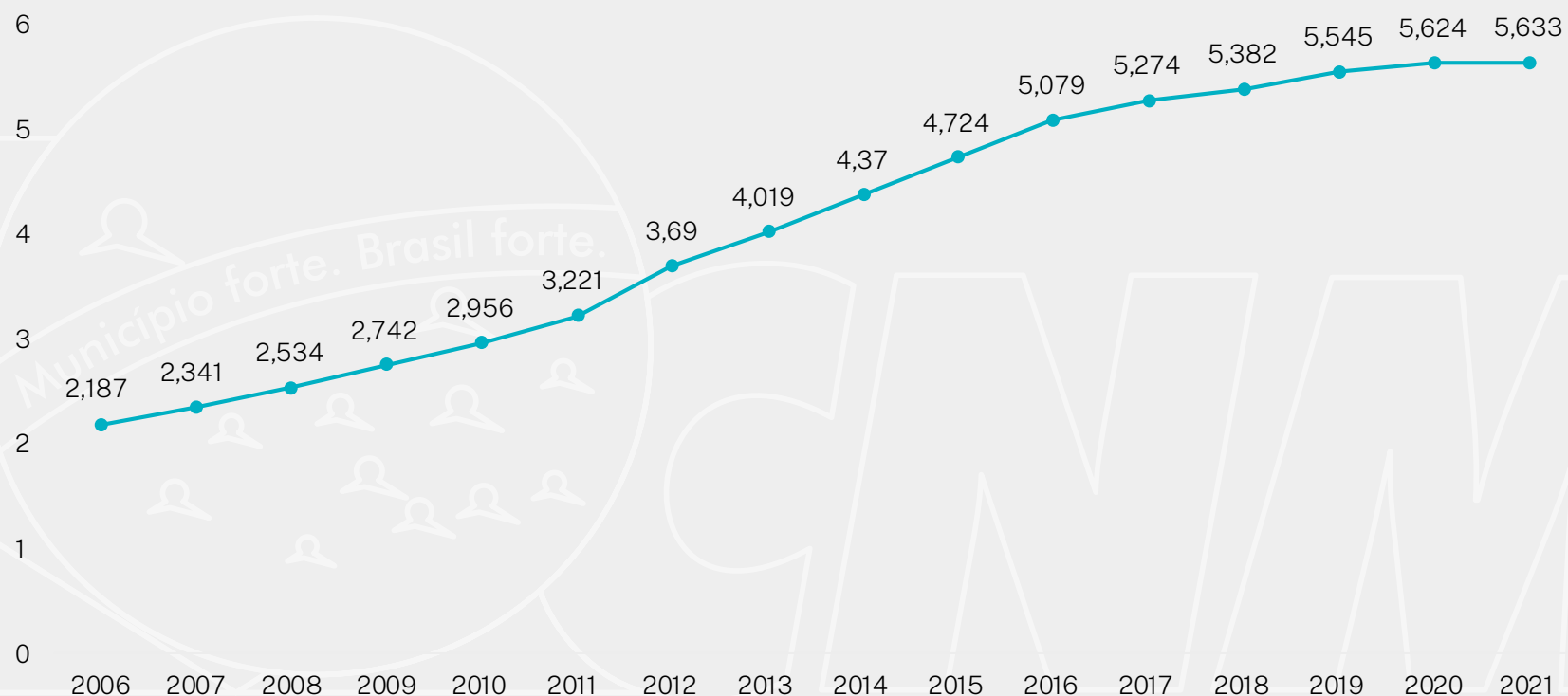
Com relação à Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes de Atenção Primária (eAP), a defasagem chega a aproximadamente 30%.

Outro programa é o Brasil Sorridente, que visa promover a saúde bucal da população, em que estudos atuais apontam que os custos operacionais de uma equipe de saúde bucal modalidade tipo I em algumas regiões do país são em torno de R\$ 95.434,00 por ano. Os incentivos

financeiros do Ministério da Saúde para os custos operacionais foi de 33,1%, enquanto o Município participou com 66,9%.

Tal situação pode ser explicada pelo aumento nos custos de insumos e materiais odontológicos, como também na remuneração dos cirurgiões-dentistas contratados pelos Municípios, que aumentou 157%, de 2006 a 2021, de acordo com a RAIS, demonstrado na Figura 14 abaixo.

Figura 14 – Remuneração média cirurgião-dentista



Fonte: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). Elaboração CNM.

Em síntese, a defasagem nos repasses destinados aos Municípios para a implementação de programas de saúde com cofinanciamento federal acentua consideravelmente a crise que aflige as administrações locais. Essa disparidade

não somente sobrecarrega os gestores municipais, mas também compromete a qualidade e a acessibilidade dos serviços oferecidos à população.

13. O COLAPSO NA DIÁLISE E ONCOLOGIA

Para buscar superar essas dificuldades, aproximadamente 4.183 Municípios se organizaram com consórcios intermunicipais de saúde, compartilhando entre si a aquisição de serviços e insumos. Ocorre que essa responsabilidade assumida trouxe consigo o custo da execução, que por falta de amparo do Ministério da Saúde não é contabilizado e consequentemente não se discute o financiamento.

13.1. A CRISE NA DIÁLISE

Outra situação que aflige os Municípios é a grave crise que assola o setor de diálise, cujas raízes estão ancoradas no subfinanciamento do SUS. As principais causas de doença renal crônica são o diabetes mellitus, que, de acordo com estudos, 75% desses pacientes virão a desenvolver a condição, e a hipertensão arterial sistêmica. Doenças que podem ser prevenidas, acompanhadas e tratadas

na Atenção Primária à Saúde (APS), com diagnóstico em tempo oportuno.

No entanto, a APS sofre com a insuficiência de repasses do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dessas ações, então em alguns casos as doenças evoluem, chegando à insuficiência renal.

Segundo estudo divulgado pelo Jornal Nacional, cerca de 1.500 pacientes aguardavam vagas em clínicas de diálise, em apenas oito Estados da Federação e no Distrito Federal. A principal causa dessa falta de vagas é o subfinanciamento do setor.

A oferta de hemodiálise no Brasil enfrenta uma série de desafios significativos, que impactam diretamente a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes renais. De acordo com o censo de diálise de 2021, o Brasil contava com aproximadamente 148 mil pacientes em diálise, sendo que



mais de 85% deles dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para acessar esse tratamento essencial. A taxa de mortalidade por mil habitantes por Doença Renal Crônica (DRC) passou de 3,0 em 2013 para 4,2 em 2022.

O valor pago pelo SUS aos serviços que realizam o procedimento é insuficiente para cobrir os custos envolvidos, o que resulta em dificuldades financeiras para essas instituições, provocando a descontinuidade da sua oferta à população.

Em um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em parceria com a Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) e outros atores, para o atendimento das exigências legais com estrutura minimamente montada, cada sessão de hemodiálise custa R\$ 302,58. A sessão paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de R\$ 218,47, o que apresenta um déficit de R\$ 84,11, um desequilíbrio econômico de 38,5%.

Outro fator que contribui para a complexidade da oferta do serviço é a distribuição desigual das unidades de atendimento em todo o país. Em 2021, existiam cerca de 48 mil unidades, das quais 47% estavam concentradas na região Sudeste, enquanto o Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte tinham proporções significativamente menores. Tal

situação torna o acesso ao tratamento um desafio para os pacientes que residem em áreas menos atendidas.

A crise que atinge os pacientes em diálise é cruel, afetando principalmente pacientes vulneráveis que dependem do SUS e do tratamento para sobreviver, submetendo-os à incerteza da espera, à hospitalização prolongada e ao sentimento de descaso.

13.2. A CRISE NA ONCOLOGIA

O Instituto Nacional de Câncer INCA estima para o ano de 2023 a ocorrência de 704.080 casos novos de neoplasias malignas no Brasil, embora esse número possa ser superior porque ainda não é possível avaliar os impactos da pandemia sobre a incidência do câncer. Em 2014 a estimativa do INCA apontava para 576.580 casos novos de câncer. Segundo o Observatório de Oncologia, o câncer já é a principal causa de morte em mais de 600 cidades do país.

Esse aumento na estimativa, segundo o próprio INCA, pode ser atribuído, principalmente, às transições demográficas e epidemiológicas, ou seja, ao envelhecimento e a mudança de comportamento e do ambiente, incluindo mudanças estruturais, que têm impacto na mobilidade, na recreação, na dieta e na exposição a poluentes ambientais,

favorecendo o aumento da incidência e da mortalidade por câncer.

De 2023 até 2025 esse número deve ser superior a 2 milhões de novos diagnósticos da doença. Alguns especialistas já apontam para uma epidemia de câncer. Atualmente os tumores são a terceira causa de óbito no Brasil, mas

deverá ser a primeira até 2030, segundo o Observatório de Oncologia.

Em 2023, os cânceres mais frequentes foram os de mama, próstata e intestino, conforme Tabela 8, que demonstra as estimativas para o ano de 2023 do número de casos novos de câncer, por Unidade da Federação.

Tabela 8 – Estimativas para 2023 do número de casos novos de câncer, por UF

UF	Mama feminina	Próstata	Cólon e reto	Traqueia, brônquio e pulmão	Estômago	Colo do útero	Glândula tireoide	Cavidade oral
AC	100	120	50	70	50	80	30	40
AP	80	110	40	50	40	100	20	40
AM	500	570	300	370	370	440	130	260
PA	1.020	1.050	640	650	980	830	160	260
RO	320	310	210	190	150	150	80	50
RR	70	60	50	30	30	40	10	20
TO	320	510	150	150	100	180	50	40
AL	690	940	430	530	270	450	90	90
BA	4.230	6.510	1.940	1.360	1.250	1.160	950	900
CE	3.080	3.120	1.210	1.400	1.460	1.030	1.190	1.100
MA	1.060	2.000	520	560	390	460	150	150
PB	1.180	1.650	400	520	410	290	430	430

UF	Mama feminina	Próstata	Cólon e reto	Traqueia, brônquio e pulmão	Estômago	Colo do útero	Glândula tireoide	Cavidade oral
PE	2.880	2.930	1.180	1.320	950	770	670	750
PI	860	1.190	360	360	240	360	330	340
RN	1.140	1.450	570	570	480	430	410	370
SE	570	570	420	240	190	180	100	90
DF	1.030	460	710	470	390	200	180	390
GO	2.970	2.500	1.110	960	570	620	450	550
MA	1.040	1.020	500	500	270	220	220	210
MS	910	1.230	690	560	540	270	220	280
ES	900	1.740	600	580	420	260	90	160
MG	7.670	7.970	4.630	3.150	3.120	2.240	1.670	1.720
RJ	10.290	7.930	3.580	3.000	1.460	1.540	2.100	2.350
SP	20.470	16.830	14.980	7.260	4.690	2.550	5.540	4.620
PR	3.650	3.430	2.270	1.350	850	700	600	700
RS	3.720	3.510	3.120	3.700	1.080	620	450	680
SC	3.860	1.700	2.470	2.090	1.160	880	350	550
BR	73.610	71.730	45.630	32.560	21.480	17.010	16.660	15.050

Fonte: INCA (2023). Elaboração: CNM.

O subfinanciamento crônico também alcançou a oncologia. O exame de mamografia, por exemplo, indispensável para o diagnóstico de câncer de mama, foi incluído na Tabela SUS em 2009 por R\$ 45,00, mesmo valor pago

até hoje. O congelamento no valor é refletido no número de exames realizados, que caiu de 4,6 milhões em 2013 para 4,1 milhões em 2022, uma redução de 10% no número de mamografias realizadas no SUS, embora o número de

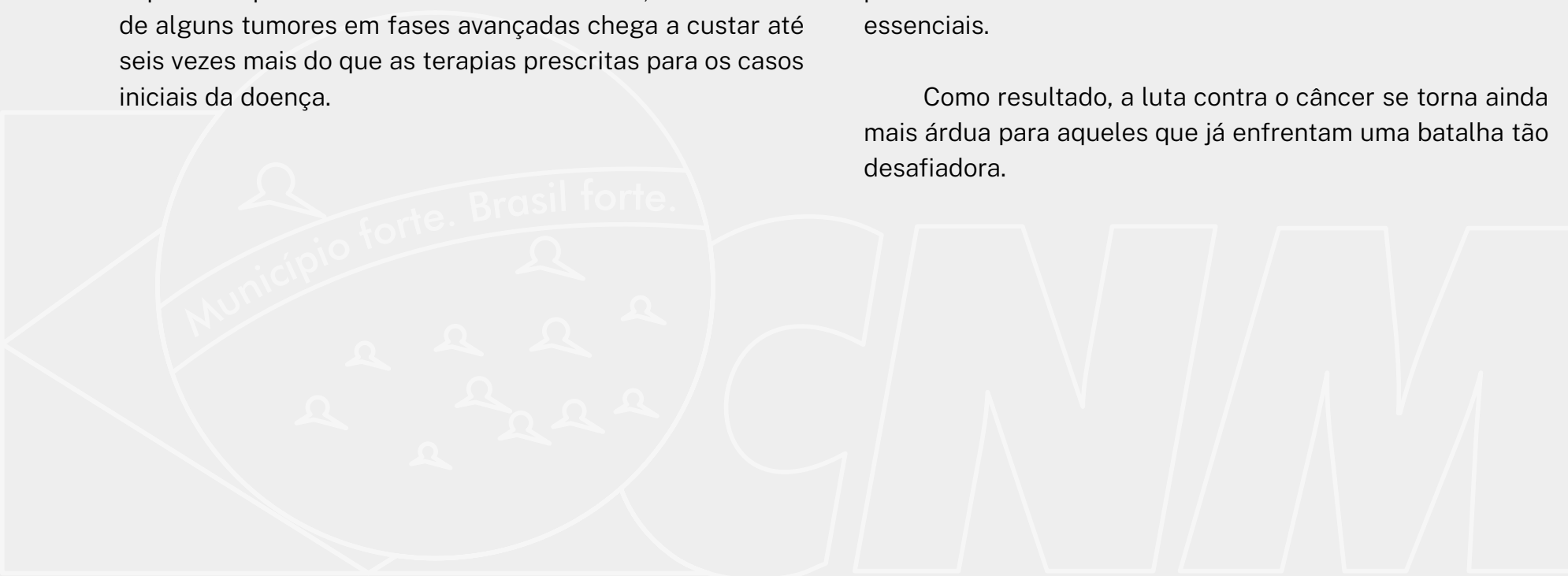
mamógrafos tenha aumentado de 1.963 em 2013 para 2.251 em 2022.

Segundo o Observatório de Oncologia, nos últimos quatro anos, o custo médio de procedimentos como quimioterapia, radioterapia e imunoterapia chegou a ultrapassar 400%: um único procedimento que, em 2018, custava R\$ 151,33 saltou para R\$ 758,93 em 2022. Alguns dos motivos para esse aumento são, por exemplo, o estadiamento avançado de alguns tipos de neoplasias (diagnóstico tardio) e a incorporação de novos medicamentos, como também o impacto da pandemia de Covid-19. Além disso, o tratamento de alguns tumores em fases avançadas chega a custar até seis vezes mais do que as terapias prescritas para os casos iniciais da doença.

Dados do Observatório de Oncologia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) mostraram que as despesas com o tratamento de câncer no país alcançaram R\$ 4 bilhões em 2022, o que corresponde a 3% dos recursos federais em saúde.

Por fim, o subfinanciamento da oncologia exerce um peso significativo sobre a população, afetando diretamente a sobrevivência e as chances de recuperação dos pacientes, que muitas vezes enfrentam dificuldades no acesso a tratamentos, longos períodos de espera por cirurgias e procedimentos e sofrem com a falta de medicamentos essenciais.

Como resultado, a luta contra o câncer se torna ainda mais árdua para aqueles que já enfrentam uma batalha tão desafiadora.



www.cnm.org.br

Sede

SGAN 601 – Módulo N
CEP: 70830-010
Asa Norte – Brasília/DF
Tel: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel: (51) 3232-3330