

Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além

Beatriz Rache¹, Letícia Nunes¹, Rebeca Freitas¹, Arthur Aguillar¹, Alessandro Bigoni^{2,5}, Renato Tasca², Ana Maria Malik^{2,3}, Fernando Cupertino⁴, Jurandi Frutuoso⁴, Adriano Massuda^{2,3}

¹Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

²Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde (FGVsaúde)

³Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV)

⁴Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

⁵Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Resumo

- Nesta Nota Técnica, analisamos as pressões orçamentárias sobre o sistema de saúde para o ano de 2021 e o pós-pandemia a partir da quantificação de procedimentos e tratamentos represados ao longo de 2020 e de uma estimativa do quanto esse represamento representa em valores financeiros.
- Em comparação com 2019, concluímos que houve uma queda generalizada no número de procedimentos, correspondente a -19,2%. Em termos econômicos, essa contratação significou uma redução de transferências federais para o Sistema Único de Saúde de aproximadamente R\$ 3,6 bilhões em 2020.
- Os resultados apontam para um cenário preocupante de aumento de demanda dos serviços de atenção à saúde no país e, na contramão, o agravamento das pressões orçamentárias do SUS.

Introdução

O ano de 2020 foi altamente desafiador para a saúde e para o financiamento do setor globalmente. Além das demandas habituais, sistemas de saúde tiveram que planejar e executar estratégias para conter a disseminação do SARS-Cov-2, vírus causador da COVID-19. Entretanto, falhas na contenção da transmissão do vírus levaram a um aumento extraordinário no consumo de recursos físicos – desde equipamentos de proteção individual a respiradores e leitos de UTI – e à exaustão dos profissionais da saúde. Pressionados a tratar grandes volumes de pacientes gravemente enfermos, serviços hospitalares colapsaram mesmo em países ricos e que investem um grande percentual do PIB nos seus sistemas de saúde.^{1,2} Em 2021, apesar da redução no registro de casos e óbitos em países com maior cobertura vacinal contra a doença, os cenários para o financiamento do setor ainda são bastante complexos.

Desde cedo na pandemia, a experiência global demonstrou que, para se obter uma resposta forte à COVID-19, sistemas de saúde demandariam novas

fontes de financiamento. A simples realocação dos orçamentos existentes não seria uma forma viável de abordar a pandemia – por duas razões. Em primeiro lugar, não seria suficiente para atender à maior demanda por serviços de saúde, incluindo nova infraestrutura, pessoal e suprimentos. Em segundo, países que adiassem ou cancelassem a prestação de serviços essenciais de saúde, a fim de liberar capacidade de resposta ao surto no curto prazo, teriam aumento em necessidades não atendidas.³ Assim, atender à demanda reprimida de 2020 requererá recursos financeiros adicionais.

No Brasil, a pandemia da COVID-19 veio de encontro a uma situação de grave crise de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracterizado pelo baixo nível de recursos públicos investidos, o subfinanciamento do sistema público de saúde se agravou a partir de 2016 pelo efeito de políticas de austeridade fiscal que restringiram o crescimento de receitas para o setor. Isso ocorreu a despeito da tendência de aumento da demanda por serviços de saúde, em função do envelhecimento da população e do encarecimento de custos do setor.⁴ A gestão da pandemia no país sobrecarregou o sistema hospitalar, com al-

¹Coronavírus: Nova York pode ficar sem equipamentos médicos em 10 dias.

²'Em colapso': a dramática situação dos hospitais da Itália na crise do coronavírus.

³Ver mais em Thomson et al. (2020).

⁴Ver mais em Rocha et al. (2021) e CONASS (2020).



tos custos associados⁵, resultando em colapsos em diversas cidades e um excesso de mortalidade pela COVID-19.

De acordo com o Painel do Orçamento Federal (SIOP), o orçamento de 2020 para a saúde previa uma dotação de R\$ 134,3 bilhões, valor inferior à dotação de 2019, de R\$ 137,7 bilhões. Em razão da crise gerada pela pandemia, a saúde recebeu R\$ 63,7 bilhões em créditos extraordinários, somando um total de R\$ 198 bilhões autorizados para o ano de 2020. Excluindo os recursos extras destinados ao combate da pandemia, o valor efetivamente pago pelo Ministério da Saúde em 2020 foi R\$ 3 bilhões inferior ao de 2019, o que corresponde a um percentual de gasto 2,5% inferior, em valores nominais. A análise da execução orçamentária evidencia que, em 2020, os investimentos em saúde ficaram congelados e que houve represamento dos gastos não voltados ao enfrentamento da COVID-19.

Em 2021, o número de mortes pela doença ultrapassou, já em abril, o total de 2020, e em julho de 2021 o país soma mais de 540 mil vidas perdidas para a COVID-19, com um ritmo de vacinação ainda lento. Paralelamente, milhares de procedimentos preventivos, de detecção precoce e tratamentos voltados a outros problemas de saúde foram interrompidos, provocando o aumento de demandas não atendidas, que pode levar à agudização das condições pré-existentes. Embora o cenário aponte para a necessidade de repor os recursos destinados à saúde em 2021 para dar conta do represamento verificado, esse plano está distante do orçamento aprovado, de R\$ 144,8 bilhões.⁶ Pelos motivos expostos, o SUS encara um ano de 2021 com pressões orçamentárias severas: gastos ainda expressivos relacionados ao combate à pandemia e potenciais gastos com procedimentos represados.

Nesta Nota Técnica, analisamos essas duas dimensões, buscando estimar as pressões orçamentárias para o ano de 2021 e pós-pandemia. Na seção a seguir, descrevemos dados e metodologia utilizados. Na seção 3, apresentamos um panorama sobre a quantidade de tratamentos represados, e estimamos, de maneira conservadora, o quanto estes poderiam representar, em termos de gastos, ao longo de 2021. Na seção 4, discutimos os resultados, e na

⁵Ver projeções de custeio hospitalar em diversos cenários de disseminação da doença em Rache et al. (2020) e Rache et al. (2020).

⁶Ver http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/Anexo/Anexo2-Lei14144-21.pdf.

seção 5, concluímos.

Dados e Metodologia

Dados sobre procedimentos foram obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/Datasus) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/Datasus), referente aos anos de 2019 e 2020. Os procedimentos listados no SIA e SIH correspondem a toda produção hospitalar e ambulatorial financiada pelo SUS, abarcando todo o território nacional.

Deles, extraímos a quantidade de procedimentos realizados e o valor total aprovado, assim como o local de atendimento. Informações sobre valores provenientes do SIA e SIH refletem apenas uma parcela do valor total associado àqueles procedimentos, referente ao repasse do governo federal. Portanto, as estimativas aqui discutidas estão subestimadas. Foram criados nove grupos de procedimentos de acordo com códigos de procedimentos: (i) Diagnósticos (procedimentos diagnósticos por radiologia, ressonância magnética ou tomografia); (ii) Rastreamento (investigações citopatológicas, ultrassonografia, endoscopias e intervenções radiológicas); (iii) Inadiáveis (tratamentos oncológicos e nefrológicos); (iv) Consultas médicas (todas as consultas médicas e tratamentos clínicos); (v) Cirurgias de Baixa e Média Complexidade (todas as cirurgias que não exigiram internações hospitalares); (vi) Cirurgias de Alta Complexidade (cirurgias que exigiram internações hospitalares); (vii) Transplantes; (viii) Causas Externas (tratamento de lesões e acidentes); e (ix) Partos.

Para procedimentos hospitalares, ou seja, aqueles presentes no SIH, contabilizamos os procedimentos associados às CIDs B34.2 e U04.9 – respectivamente, Infecção por coronavírus de localização não especificada e Síndrome respiratória aguda grave (*severe acute respiratory syndrome*, SARS) – como uma categoria à parte.

Resultados

Na Tabela 1 vemos em nível nacional as quantidades e valores totais observados de cada categoria de procedimento em 2019 e 2020, assim como suas respectivas variações entre os dois anos. Primeiramente, constatamos uma queda generalizada no número de procedimentos: dos 3,8 bilhões de procedimentos realizados no ano de 2019, houve uma queda de 19,2% em 2020. Todas as categorias registraram quedas no volume de procedimentos, em especial os de cirurgias de baixa e média complexidade (-44,7%),

**Tabela 1. Procedimentos totais por categoria em 2019 e 2020**

	Procedimentos				Variação (2019-2020)			
	Quantidade (Milhões)		Valor (Milhões, R\$)		Quantidade		Valor (R\$)	
	2019	2020	2019	2020	%	Milhões	%	Milhões, R\$
Rastreio	34	23	930	659	-32,9%	-11,1	-29,2%	-271,0
Inadiáveis	25	21	6208	6327	-16,0%	-4,0	1,9%	119,3
Consultas Médicas	1265	859	10574	10592	-32,1%	-405,6	0,2%	17,9
Cirurgias de Baixa e Média Comp.	49	27	966	615	-44,7%	-21,7	-36,4%	-351,4
Cirurgias de Alta Comp.	5	4	8167	7061	-20,9%	-1,0	-13,5%	-1105,3
Transplantes	0	0	604	512	-30,1%	0,0	-15,3%	-92,4
Diagnóstico	112	88	1809	1589	-21,7%	-24,3	-12,2%	-220,1
Causas externas	1	0	134	126	-12,3%	-0,1	-5,9%	-7,9
Parto	2	2	628	562	-11,0%	-0,2	-10,5%	-66,0
Outras	2292	2033	7197	5558	-11,3%	-259,0	-22,8%	-1639,7
Total	3784	3057	37216	33599	-19,2%	-727,1	-9,7%	-3616,5

Fonte: SIA/Datasus e SIH/Datasus, elaboração dos autores.

rastreio (-32,9%), consultas médicas (-32,1%) e transplantes (-30,1%). Em valores financeiros, a queda total foi de aproximadamente R\$ 3,6 bilhões (valor 9,7% menor que o de 2019).

Na Tabela 2, estritamente para procedimentos hospitalares, podemos observar as variações excluindo procedimentos atribuídos à COVID-19. Em volume, procedimentos hospitalares excluindo COVID-19 retraíram 19,9%, correspondendo a uma queda de R\$ 1,9 bilhão. No total, sem excluir procedimentos associados à COVID-19, registrou-se uma queda de 16,2% no volume de procedimentos hospitalares e um aumento de R\$ 260 milhões.

Discussão

Observamos que no Brasil o grande volume de recursos financeiros, humanos e materiais requeridos para o tratamento de pacientes com a COVID-19, associado ao desmonte da capacidade de coordenação nacional do sistema, levou a uma drástica redução na oferta dos demais procedimentos de saúde. Outro motivo para o represamento de produção foi a brusca redução da demanda dos usuários em situação de isolamento social, que procuraram menos as unidades de saúde por receio de serem contaminados. Os dados demonstram que, em algumas áreas, as reduções foram muito importantes e afetaram tanto procedimentos urgentes (cirurgias e transplantes), quanto cuidados preventivos e voltados à detecção precoce (por exemplo, rastreio e imunizações).

Em termos econômicos, a contração de procedimentos significou uma redução de transferências federais para produção ambulatorial e hospitalar de aproximadamente R\$ 3,6 bilhões em 2020, quando comparada com o ano anterior. Esta situação vem causando

uma sequência de efeitos negativos, com um enorme impacto potencial para os serviços de saúde do SUS na fase de pós-pandemia. A ameaça à sustentabilidade do financiamento do SUS não só coloca em risco a universalidade e a integralidade do sistema, como reverte avanços conquistados desde a sua implantação, penalizando populações mais vulneráveis e exacerbando desigualdades em saúde no país (Castro et al., 2019).

O primeiro desses efeitos negativos está ligado às consequências diretas do atraso na realização de procedimentos urgentes observado durante a pandemia. O grupo populacional mais afetado são pessoas portadoras de condições clínicas sensíveis à atuação tempestiva dos serviços, como, por exemplo, oncologia e cardiocirurgia. Para esses casos, está demonstrado que o atraso da intervenção dos serviços de saúde resulta em menor sobrevida e na exposição a maiores riscos de complicações, aumentando a letalidade por esses diagnósticos e levando a mais internações e gastos (Chediak and Baynam, 2020). No caso dos procedimentos de oncologia, uma meta-análise de Hanna et al. (2020), com mais de um milhão de casos observados em pessoas com sete tipos de câncer, mostrou que um atraso de quatro semanas no tratamento esteve associado a aumentos de mortalidade entre 6% e 26%.

O segundo efeito negativo é decorrente da queda na realização de procedimentos ligados a ações preventivas ou de detecção precoce, como rastreamento de câncer e vacinações. A queda no número de ações de rastreio oncológico determina um aumento do número de pacientes diagnosticados tardiamente, com neoplasias em estado avançado, levando à maior letalidade e incrementando os gastos necessários para o cuidado desses casos. Um estudo realizado na

**Tabela 2. Procedimentos hospitalares por categoria em 2019 e 2020**

	Quantidade (Milhares)				Valores (Milhões, R\$)				Variação (2019-2020)			
	2019		2020		2019		2020		Quantidade (%)		Valores (Milhões, R\$)	
	Total	COVID	Ex-COVID	Total	Total	COVID	Ex-COVID	Total	Ex-COVID	Total	Ex-COVID	Total
Consultas Médicas	5.290	464	4.125	4.589	5.497	2.217	4.880	7.097	-22,0%	-13,3%	- 617,0	1.599,6
Cirurgias	4.996	0	3.953	3.954	8.167	3	7.058	7.061	-20,9%	-20,9%	- 1.108,4	- 1.105,3
Parto	1.095	0	974	974	628	0	562	562	-11,0%	-11,0%	- 66,0	- 66,0
Inadiáveis	601	0	527	528	620	0	577	577	-12,3%	-12,2%	- 43,6	- 43,2
Causas externas	261	0	229	229	134	0	126	126	-12,3%	-12,3%	- 8,0	- 7,9
Outras	87	0	65	65	159	0	134	134	-24,9%	-24,9%	- 24,9	- 24,8
Transplantes	15	-	11	11	596	-	508	508	-27,7%	-27,7%	- 88,4	- 88,4
Rastreio	8	0	6	6	15	0	13	13	-16,8%	-16,5%	- 1,1	- 1,1
Total	12.354	464	9.892	10.356	15.815	2.220	13.858	16.078	-19,9%	-16,2%	- 1.957,2	262,9

Fonte: SIA/Datasus e SIH/Datasus, elaboração dos autores. **Nota:** “COVID” representa os totais contabilizados para as CIDs B.34.2 e U04.9, e “Ex-COVID” o restante dos procedimentos.

Nova Zelândia observou um declínio de 40% no registro de casos de câncer nos meses de março e abril de 2020, período de *lockdown* estrito nesse país (Gurney et al., 2021). Da mesma forma, a queda nas coberturas vacinais representa uma séria ameaça para o surgimento de surtos epidêmicos de infecções imunopreveníveis. No período de janeiro a junho de 2020, a cobertura de BCG foi de 57,4%, a da poliomielite de 59,5%, a da tríplice viral de 64,3% e da hepatite B de 50,5%, muito abaixo das metas do PNI (Mendes, 2020). Entre as nove vacinas do PNI analisadas por Nunes (2021), todas registraram coberturas abaixo da meta para ao menos 50% dos municípios em 2020.

Um terceiro efeito negativo é representado pela acumulação, durante os meses da pandemia, de demandas reprimidas dos serviços de saúde, decorrente das limitações de acesso causadas pela emergência. A necessidade de satisfazer a essas demandas no futuro próximo exercerá uma forte pressão sobre os serviços, especialmente por parte das pessoas portadoras de condições crônicas, que representam um dos grupos mais afetados por essas circunstâncias (Mendes, 2020).

Finalmente, um quarto efeito negativo sobre os serviços é constituído por uma categoria de condições clínicas, caracterizadas por efeitos persistentes e prolongados após infecção aguda por coronavírus, definida como “Síndrome pós-aguda de COVID-19”. Os resultados de alguns estudos mostraram uma alta frequência (de 32,6% até 87,4%) de persistência de sintomatologia clínica em pacientes com infecções agudas por COVID-19, depois de mais de 4 semanas do início das manifestações clínicas. Essa condição inclui problemas hematológicos, neuropsiquiátricos e renais, precisando de atenção especializada, além de representar uma carga relevante para os serviços de atenção primária à saúde (Nalbandian et al., 2021).

Conclusão

No cenário atual, os serviços de atenção à saúde do Brasil estão e continuarão por muitos meses, talvez anos, sendo fortemente pressionados pelo aumento de demanda decorrente do impacto causado pela queda na realização de procedimentos urgentes, ações preventivas e de detecção precoce observada nas fases críticas da pandemia. Essa maior solicitação do sistema se depara com serviços de saúde ainda envolvidos com a pandemia e com a campanha da imunização contra a COVID-19.

Para responder aos enormes desafios que se apresentam à saúde brasileira, será necessário garantir mais recursos financeiros para o setor, bem como aprimorar a capacidade técnica de gestão do SUS para melhorar o uso dos recursos disponíveis. Isso requer uma agenda política de fortalecimento do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, a criticidade da situação da saúde não foi suficiente para contemplar o setor com aumento no orçamento federal para o ano de 2021. Ao contrário, o corte de recursos da saúde revela um governo federal descolado da evidente necessidade de fortalecer o SUS como instrumento central para a manutenção da saúde da população e como instrumento de proteção contra as emergências sanitárias.

A insustentabilidade financeira do SUS terá consequência direta no aumento do número de mortes evitáveis no país, para além dos mais de meio milhão de brasileiros já vitimados pela COVID-19. Além disso, colocará o Brasil, que já foi referência em saúde pública, numa posição de ameaça à saúde global.



Agradecimentos

Agradecemos os comentários de Rudi Rocha e Ricardo Gandour. Agradecemos também a Helena Ciorra e Fernando Falbel pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

- Castro, M. C., A. Massuda, G. Almeida, N. A. Menezes-Filho, M. V. Andrade, K. V. M. de Souza Noronha, R. Rocha, J. Macinko, T. Hone, R. Tasca, et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* 394(10195), 345–356.
- Chediak, L. and G. Baynam (2020). Our healthcare system is failing people without Covid-19. It's time to address the hidden third wave. *World Economic Forum*.
- CONASS, C. E. (2020). Nota Conjunta - Financiamento da Saúde. *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*.
- Gurney, J. K., E. Millar, A. Dunn, R. Pirie, M. Mako, J. Manderson, C. Hardie, C. G. Jackson, R. North, M. Ruka, et al. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis and service access in New Zealand – a country pursuing COVID-19 elimination. *The Lancet Regional Health-Western Pacific* 10, 100127.
- Hanna, T. P., W. D. King, S. Thibodeau, M. Jalink, G. A. Paulin, E. Harvey-Jones, D. E. O'Sullivan, C. M. Booth, R. Sullivan, and A. Aggarwal (2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *bmj* 371.
- Mendes, E. V. (2020). O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. In *O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível*, pp. 92–92.
- Nalbandian, A., K. Sehgal, A. Gupta, M. V. Madhavan, C. McGroder, J. S. Stevens, J. R. Cook, A. S. Nordvig, D. Shalev, T. S. Sehrawat, et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine* 27(4), 601–615.
- Nunes, L. (2021). Cobertura Vacinal do Brasil 2020.
- Rache, B., R. Rocha, L. Nunes, P. Spinola, A. M. Malik, and A. Massuda (2020). Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde*.
- Rache, B., R. Rocha, L. Nunes, P. Spinola, and A. Massuda (2020). Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no US sob diferentes cenários da Covid-19. *Instituto de Estudos para Políticas de Saúde*.
- Rocha, R., I. Furtado, and P. Spinola (2021). Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics* 30(5), 1082–1094.

Thomson, S., T. Habicht, and T. Evetovits (2020). How are countries mobilizing additional public funds for Health. *COVID-19 Health system response monitor*.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Rache, B., Nunes, L., Freitas, R., Aguillar, A., Bigoni, A., Tasca, R., Malik, A.M., Cupertino, F., Frutuoso, J. e A. Massuda. (2021). Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além. *Nota Técnica n.22*. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br