

Sistemas de Saúde no Brasil – Resumo Completo

Gustavo de Tarso

8 de maio de 2025

1 Parte 1/5 – Histórico, Desenvolvimento e Modelos de Análise dos Sistemas de Saúde no Brasil

1.1 Conceito de Sistema de Saúde

Um sistema de saúde é um conjunto de organizações, indivíduos, ações e relações institucionais, políticas e econômicas que interagem com o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Envolve tanto atores públicos quanto privados e filantrópicos, regulados por normas e políticas governamentais, especialmente pelo Ministério da Saúde. Atua em níveis variados, da promoção à reabilitação, abrangendo programas como o PNI, vigilâncias sanitária e epidemiológica, saneamento básico, entre outros.

1.2 Desenvolvimento Histórico do Sistema de Saúde no Brasil

1.2.1 Brasil Colônia (1500-1816)

- Ausência de uma política pública estruturada.
- Saúde limitada às Santas Casas de Misericórdia (SCM), fundadas por doações da comunidade.
- Atendimento centrado em urgências e internações precárias.
- Presença apenas de profissionais estrangeiros.

1.2.2 Brasil Império (1816-1889)

- Criação das primeiras escolas médicas em 1808 (RJ e BA).
- Ênfase nas epidemias e sanitização portuária.
- D. Pedro II impulsionou a institucionalização com Faculdades Médicas.
- Revolta da Vacina (1904) marca o início da tensão entre Estado e população em políticas sanitárias.

1.2.3 República Velha e Era Vargas (1889–1960)

- Criação das CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões) em 1923, financiadas por trabalhadores e empregadores.
- Unificação em IAPs nos anos 1940.
- Fundação do Ministério da Saúde em 1953.
- INPS (1966) e posteriormente INAMPS (1977) centralizaram a previdência e assistência médica.

1.2.4 Ditadura Militar (1964–1985)

- Sistema excludente: apenas trabalhadores com carteira assinada tinham acesso à saúde via INAMPS.
- Forte concentração dos recursos no Sudeste.
- Crescimento de desigualdades regionais.

1.2.5 Constituição de 1988 e Criação do SUS

- Estabeleceu a saúde como um direito universal.
- Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) estruturou o SUS.
- Diretrizes fundamentais: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação popular e resolubilidade.
- EC 29 (2000) fixou mínimos obrigatórios de investimento para estados (12%) e municípios (15%).
- Criação da ANVISA em 1999 como órgão regulador sanitário.

1.3 Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS é a principal porta de entrada do SUS e deve resolver até 85% dos casos. Estruturada com base na longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e centralidade na comunidade. As UBSs são os principais dispositivos desse nível. No Brasil, políticas como a Estratégia Saúde da Família (1994) e a PNAB (2006) fortaleceram esse modelo.

1.4 Problemas Estruturais do SUS

- Subfinanciamento crônico.
- Má gestão.
- Escassez de profissionais especializados.
- Longo tempo de espera para atendimento especializado.
- Falta de leitos para procedimentos hospitalares.

1.5 Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)

Criado em 2012, avaliava o SUS com base em acesso e efetividade. Apesar de ter sido descontinuado, revelou desigualdades regionais: Norte e Nordeste com os piores índices, Sul e Sudeste com os melhores. A nota média foi 5,47 em escala de 0 a 10.

1.6 Sistema Privado de Saúde

A saúde suplementar teve origem nas CAPs (1923) e ganhou força com as cooperativas e medicinas de grupo. Hoje, inclui diversas modalidades: seguradoras, autogestões, cooperativas médicas, filantrópicas e medicinas de grupo. Regulada pela ANS (Lei 9.656/98 e Lei 9.961/00).

1.7 Questões sugeridas (FGV – discursivas)

1.7.1 Questão 1

Explique o processo histórico que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e destaque seus principais pilares.

Resposta: O SUS surgiu no contexto da redemocratização do Brasil, consolidando-se na Constituição de 1988. Antes disso, o modelo previdenciário limitava o acesso à saúde apenas aos trabalhadores formais, excluindo boa parte da população. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi um marco ao estabelecer a saúde como direito universal. O SUS foi estruturado pela Lei 8.080/90 com os seguintes pilares: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, participação popular e resolubilidade.

1.7.2 Questão 2

Compare o sistema de saúde brasileiro antes e depois da Constituição de 1988, considerando aspectos de acesso, financiamento e organização.

Resposta: Antes de 1988, o acesso à saúde era limitado a trabalhadores com carteira assinada, gerando desigualdade e exclusão. O sistema era fragmentado, com forte centralização e financiamento limitado. Após a Constituição, o SUS promoveu acesso universal e igualitário, descentralizou a gestão e criou fontes de financiamento tripartite. Entretanto, desafios como subfinanciamento e desigualdades regionais persistem.

2 Parte 2/5 – Modelos Internacionais e Comparativos de Sistemas de Saúde

2.1 Introdução aos Modelos de Sistemas de Saúde

Os sistemas de saúde pelo mundo se organizam conforme diferentes estruturas de financiamento, prestação de serviço, regulação e cobertura populacional. Para analisá-los comparativamente, utilizam-se categorias como: acesso universal, cobertura pública x privada, papel do Estado, e modelo de remuneração.

Segundo a OMS, os sistemas devem buscar três objetivos principais: (1) melhorar a saúde da população; (2) responder às expectativas das pessoas; (3) garantir proteção financeira contra os custos da doença.

2.2 Modelo de Beveridge (Inglaterra)

Criado no Reino Unido com o NHS (National Health Service) após a Segunda Guerra Mundial, o modelo Beveridgiano é financiado via impostos gerais. O Estado é o provedor principal dos serviços, que são públicos e gratuitos no ponto de atendimento. Caracteriza-se por:

- Universalidade de cobertura.
- Financiamento público por impostos.
- Hospitais públicos e médicos assalariados.
- Foco em controle de custos e acesso.

Exemplo: Reino Unido, Espanha, Itália, Cuba, países escandinavos.

2.3 Modelo de Bismarck (Alemanha)

Fundado na Alemanha por Otto von Bismarck no século XIX, é baseado em um seguro social obrigatório. As contribuições vêm de empregadores e empregados. Os prestadores são privados, mas regulados.

- Caráter contributivo (folha de pagamento).
- Várias "caixas de seguro saúde" (sickness funds).
- Prestadores privados ou públicos.
- Cobertura ampla, mas dependente de vínculo empregatício.

Exemplo: Alemanha, França, Japão, Bélgica, Suíça.

2.4 Modelo de Mercado (Estados Unidos)

Baseado na lógica de mercado, com papel limitado do Estado. A cobertura é garantida por seguros privados, em sua maioria, contratados individualmente ou via empregador.

- Forte presença do setor privado.
- Planos variados e fragmentados.
- Cobertura parcial via Medicaid (população vulnerável) e Medicare (idosos).
- Alto custo e desigualdade no acesso.

2.5 Sistema Canadense (Modelo Nacional de Saúde com Gestão Descentralizada)

O Canadá possui um sistema público universal com gestão descentralizada pelas províncias. Os médicos são privados, mas pagos pelo governo por serviço prestado (fee-for-service).

- Universalidade com financiamento público.
- Sistema de pagador único (single-payer system).
- Proibição da duplicação de serviços privados cobertos publicamente.
- Baixos custos administrativos.

2.6 Sistema de Saúde Brasileiro: Comparações e Contradições

O SUS é uma referência mundial pela sua universalidade. No entanto, sofre com subfinanciamento crônico, judicialização excessiva e sobreposição com o setor suplementar. Em contraste, países com modelos semelhantes ao Beveridge, como o Reino Unido, mantêm maior controle sobre custos e planejamento assistencial.

2.7 Principais Indicadores Comparativos

- Gasto em saúde (% do PIB): Brasil (9,2%), Reino Unido (10,2%), Alemanha (11,7%), EUA (16,9%).
- Expectativa de vida: Brasil (76 anos), Alemanha (81), Japão (84), EUA (77).
- Mortalidade infantil: Brasil (12/1000), Alemanha (3), EUA (5,4).
- Cobertura populacional: Brasil (SUS cobre 75%), Reino Unido (100%), EUA ($\pm 90\%$, após ACA).

2.8 Questões sugeridas (FGV – discursivas)

2.8.1 Questão 1

Compare os modelos de Beveridge, Bismarck e o Sistema de Saúde Brasileiro, considerando financiamento, acesso e regulação.

Resposta: O modelo de Beveridge é financiado via impostos e provido pelo Estado, com acesso universal e forte regulação pública. O modelo Bismarck é baseado em seguros sociais, com gestão mais descentralizada e maior presença do setor privado. O Brasil possui um sistema de inspiração Beveridgiana (SUS), com acesso universal gratuito, porém convive com um setor privado robusto e fragmentação na gestão. O financiamento no Brasil é subdimensionado em comparação com países da OCDE, o que compromete a equidade e eficiência.

2.8.2 Questão 2

Explique as principais vantagens e limitações dos modelos de saúde baseados no mercado, tomando os Estados Unidos como referência.

Resposta: O modelo de mercado permite maior liberdade de escolha e inovação por parte dos prestadores. No entanto, apresenta alto custo, cobertura desigual e barreiras de acesso. Nos Estados Unidos, a ausência de um sistema público universal resulta em milhões de pessoas sem seguro, alto endividamento por despesas médicas e iniquidades graves em saúde. A fragmentação e a falta de coordenação agravam a ineficiência sistêmica.

3 Parte 3/5 – Estrutura e Organização dos Sistemas de Saúde no Brasil

3.1 Transição Demográfica e Epidemiológica

O Brasil vivencia uma transição demográfica acentuada, com redução da natalidade, queda da mortalidade e envelhecimento populacional. Paralelamente, ocorre a transição epidemi-

ológica, com redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e câncer.

Essas mudanças pressionam o sistema de saúde, que precisa lidar com uma população mais idosa e dependente de cuidados prolongados e complexos.

3.2 Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

Conceito estabelecido pela OMS, os DSS são fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais que afetam a saúde da população. Incluem:

- Educação, emprego, renda.
- Moradia, saneamento, transporte.
- Racismo, exclusão social, insegurança alimentar.
- Acesso a serviços de saúde e alimentação saudável.

A abordagem baseada nos DSS exige ações intersetoriais e políticas públicas integradas.

3.3 Envelhecimento da População

A pirâmide etária brasileira está se invertendo. Projeções indicam um aumento expressivo da população acima de 60 anos, com impacto direto nas aposentadorias e na demanda por serviços de saúde de alta complexidade.

Esse fenômeno demanda maior investimento em atenção primária, prevenção de agravos e reorganização da rede de cuidados de longa duração.

3.4 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF reorganiza a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. É composta por equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, técnico, agente comunitário de saúde) que atuam em áreas geográficas definidas, com enfoque na promoção da saúde, prevenção de doenças, e vigilância em saúde.

A ESF é um dos pilares do SUS e tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil e aumento da cobertura vacinal.

3.5 Itens Preocupantes na Gestão do SUS

- Aumento das condições crônicas.
- Judicialização da saúde.
- Baixa transparência na relação público-privado.
- Fragmentação da gestão e baixa resolubilidade.
- Subfinanciamento persistente.

3.6 Financiamento do SUS

O financiamento é público e dividido entre União, Estados e Municípios (sistema tripartite). Os principais blocos de custeio incluem:

- Atenção básica.
- Média e alta complexidade.
- Vigilância em saúde.
- Assistência farmacêutica.

A tabela de procedimentos (SIGTAP) define os valores pagos aos serviços prestados. O subfinanciamento e o congelamento de gastos (EC 95/2016) impactam diretamente a capacidade do sistema.

3.7 Governança do SUS

O SUS é coordenado pelo Ministério da Saúde e descentralizado entre estados e municípios. As principais instâncias de pactuação são:

- CIT (Comissão Intergestores Tripartite).
- CIB (Comissão Intergestores Bipartite).
- Conselhos de saúde (níveis federal, estadual e municipal).

O modelo participativo é fundamental, com destaque para o controle social exercido por usuários, profissionais e gestores.

3.8 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Instrumentos que definem critérios para diagnóstico, tratamento, posologia e monitoramento de agravos à saúde. São fundamentais para garantir equidade, racionalidade do uso de recursos e segurança clínica.

3.9 Telesaúde e Conecte SUS

Programas que visam melhorar o acesso e qualidade da atenção, com uso de tecnologia para orientação de condutas, teleconsultas, segunda opinião e interoperabilidade de dados.

3.10 Oportunidades de Melhoria

- Integração das redes de atenção à saúde.
- Expansão do uso de prontuário eletrônico.
- Melhoria da jornada do paciente.
- Educação permanente dos profissionais.
- Aprimoramento da regulação (vaga zero, por exemplo).

3.11 Questões sugeridas (FGV – discursivas)

3.11.1 Questão 1

Analise os impactos da transição demográfica e epidemiológica sobre o SUS, destacando os desafios e estratégias para enfrentá-los.

Resposta: A transição demográfica, com o envelhecimento populacional, e a epidemiológica, com o aumento das doenças crônicas, impõem novos desafios ao SUS. A demanda por cuidados contínuos, exames, medicamentos e internações cresce, pressionando os recursos do sistema. Estratégias incluem fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, adoção de modelos de cuidado centrados no paciente, ampliação de equipes multiprofissionais e investimentos em prevenção e telessaúde. A ESF se mostra central neste processo.

3.11.2 Questão 2

Explique a importância dos determinantes sociais da saúde na formulação de políticas públicas e como eles podem ser integrados ao planejamento do SUS.

Resposta: Os DSS representam fatores como educação, renda, saneamento, alimentação e trabalho que influenciam diretamente os níveis de saúde. Políticas públicas que desconsideram esses determinantes tendem a ser ineficazes. Integrar os DSS ao SUS significa articular ações intersetoriais, por meio de políticas integradas com educação, habitação, transporte e assistência social. O planejamento territorial e o mapeamento de vulnerabilidades são ferramentas importantes nesse processo.

4 Parte 4/5 – Poder do Paciente e Modelos de Remuneração em Saúde

4.1 Introdução aos Modelos de Remuneração

A forma como os serviços de saúde são pagos influencia diretamente o comportamento dos prestadores, os custos do sistema e os desfechos clínicos. Os modelos de remuneração refletem diferentes estratégias para alinhar incentivos e resultados em saúde, variando entre:

- Fee-for-Service (FFS)
- Capitation
- Pagamento por desempenho (P4P)
- Bundled payments
- DRG (Diagnosis-Related Groups)
- VBHC (Value-Based Health Care)

4.2 Fee-for-Service (FFS)

Modelo predominante no Brasil. Remunera-se por cada procedimento realizado, o que pode estimular o excesso de exames, consultas e internações. Incentiva volume, não necessariamente qualidade.

4.3 Capitation

Pagamento prospectivo e per capita. Um valor fixo mensal é pago para o atendimento de um grupo de pessoas, independentemente do número de procedimentos realizados. É comum em modelos de atenção primária, focando em prevenção e cuidado contínuo.

4.4 Bundled Payments

Pagamentos por episódio de cuidado. Engloba todos os serviços relacionados a um tratamento ou condição (ex: parto, cirurgia cardíaca). Busca previsibilidade e controle de custos, promovendo gestão integrada.

4.5 DRG – Diagnosis-Related Groups

Sistema baseado em grupos de diagnósticos clínicos semelhantes. O pagamento cobre todo o cuidado relacionado ao diagnóstico, ajustado por complexidade e comorbidades. Usado em países como EUA e Alemanha.

4.6 Pagamento por Desempenho (Pay-for-Performance - P4P)

Bonificações ou penalizações são aplicadas com base em indicadores de qualidade, segurança e desfechos clínicos. Promove eficiência e resultados mensuráveis.

4.7 VBHC – Value-Based Health Care

Baseado em valor para o paciente. Relaciona os custos aos desfechos clínicos e à experiência do cuidado. Exige sistemas de informação robustos e acompanhamento de indicadores como PREMS e PROMS.

4.8 Valor em Saúde: PREMS e PROMS

- PREMS (Patient Reported Experience Measures): captam a experiência do paciente com o atendimento.
- PROMS (Patient Reported Outcome Measures): medem os resultados relatados pelo próprio paciente.

Esses indicadores são centrais para o modelo de saúde baseado em valor.

4.9 Auditoria em Saúde Suplementar

Existem três tipos de auditoria:

- Prospectiva: análise prévia de solicitações.
- Concorrente: durante a internação.
- Retrospectiva: após a alta, focando em análise documental.

4.10 Suficiência de Rede e Cobertura Assistencial

A ANS estabelece critérios mínimos de cobertura para planos de saúde, bem como prazos para atendimento, que incluem:

- 7 dias para consulta básica.
- 14 dias para especialidades.
- 3 dias para exames simples.

A NIP (Notificação de Intermediação Preliminar) é o principal mecanismo de mediação de conflitos entre usuários e operadoras.

4.11 Empoderamento do Paciente (Empowerment)

Refere-se à capacidade do paciente de tomar decisões informadas sobre seu cuidado. É fomentado por:

- Acesso à informação (Health 2.0).
- Autocuidado em doenças crônicas.
- Participação ativa em decisões clínicas.

O movimento Health 2.0 integra aplicativos, prontuário eletrônico e dados pessoais com dispositivos vestíveis (wearables) e plataformas digitais, promovendo protagonismo do paciente.

4.12 Questões sugeridas (FGV – discursivas)

4.12.1 Questão 1

Explique as principais vantagens e riscos do modelo de remuneração Fee-for-Service (FFS) e apresente alternativas mais eficientes.

Resposta: O modelo FFS remunera prestadores por procedimentos realizados, incentivando o volume de atendimentos, o que pode resultar em excesso de exames e terapias desnecessárias, aumento de custos e riscos ao paciente. Apesar de sua simplicidade e previsibilidade, não estimula a coordenação do cuidado nem a melhoria dos desfechos. Alternativas mais eficientes incluem o capitation, que remunera com foco em prevenção e gestão da população, e modelos baseados em valor (VBHC), que alinham pagamento a resultados clínicos.

4.12.2 Questão 2

Discorra sobre o papel do empoderamento do paciente nos novos modelos de atenção à saúde e como ele pode contribuir para a eficiência dos sistemas de saúde.

Resposta: O empoderamento do paciente permite maior participação nas decisões de tratamento, adesão terapêutica e autocuidado, especialmente em condições crônicas. Isso resulta em melhor controle de doenças, menor utilização de serviços de emergência e melhora nos desfechos clínicos. A digitalização da saúde (prontuário eletrônico, apps, telessaúde) facilita esse protagonismo, permitindo decisões mais informadas. Em modelos como o VBHC, a experiência e os resultados relatados pelo paciente são parte central da avaliação dos serviços prestados.

5 Parte 5/5 – Tendências e Reflexões sobre os Sistemas de Saúde

5.1 Parcerias Público-Privadas (PPP)

As PPPs são instrumentos que visam unir recursos do setor público e a expertise do setor privado para execução de serviços públicos. No setor saúde, podem assumir dois modelos:

- **Administrativa:** o Estado remunera o parceiro privado.
- **Patrocinada:** há remuneração por tarifas cobradas dos usuários e complemento do Estado.

Embora não representem privatização, há risco de perda de controle público e conflitos de interesse. Sua execução requer cláusulas rígidas de avaliação de desempenho, metas, e penalidades.

5.2 Terceiro Setor: OSS e OSCIP

- **OSS (Organizações Sociais de Saúde):** Entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas pelo poder público. Podem gerir hospitais, UBS e outros equipamentos. Exigem conselhos com representação do Estado e da sociedade civil.
- **OSCIP (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público):** Têm funções mais amplas (educação, meio ambiente, saúde). Não gerem diretamente serviços públicos, mas realizam projetos via termos de parceria.

Ambas são formas de publicização e descentralização da gestão pública, frequentemente usadas para ampliar a capilaridade do SUS, embora existam críticas quanto à accountability e transparência.

5.3 Fundações e Autarquias

- **Autarquias** (ex: ANS, ANVISA, IBGE) são órgãos da administração indireta, com autonomia administrativa e financeira.
- **Fundações públicas e privadas** são criadas para fins específicos (educação, pesquisa, saúde), com patrimônio próprio e autonomia.

Ambas têm papel relevante na regulação e execução das políticas públicas de saúde.

5.4 Agenda 2030 e Metas para o Brasil

Inspirada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Agenda 2030 para o Brasil estabelece:

1. Maior expectativa de vida da América Latina.
2. Menor mortalidade infantil.
3. Redução das desigualdades regionais em saúde.

Essas metas demandam investimento em atenção primária, digitalização dos serviços e redução das iniquidades sociais.

5.5 Caso de Sucesso: Estônia

A Estônia é referência em digitalização estatal. Com a identificação eletrônica (e-ID), todos os serviços públicos são acessíveis digitalmente, inclusive os de saúde:

- Prontuário eletrônico acessível.
- Prescrição digital integrada.
- Ambulâncias via aplicativo.
- Consultas por telemedicina.
- Cidadãos têm acesso a todo o histórico médico e controle sobre quem acessa seus dados.

O sistema baseado em blockchain (X-Road) garante segurança, interoperabilidade e transparência, gerando economia de até 2% do PIB.

5.6 Transformação Digital na Saúde

A digitalização é uma tendência irreversível no setor:

- Prontuário eletrônico e interoperabilidade.
- Big data, analytics e inteligência artificial.
- Telemedicina e dispositivos wearables.
- Blockchain para segurança de dados.

Essas tecnologias, quando integradas, promovem maior eficiência, gestão baseada em evidência e empoderamento do cidadão.

5.7 Desafios estruturais do SUS

- Falta de planejamento e continuidade administrativa.
- Subfinanciamento e congelamento de gastos (EC 95).
- Fragmentação da gestão e ausência de dados integrados.
- Cultura institucional resistente à inovação.
- Judicialização e baixa educação em saúde da população.

5.8 Medidas de contenção e oportunidades

- Reformas no modelo de remuneração (VBHC, DRG).
- Investimentos em APS, prevenção e promoção da saúde.
- Educação digital da população.
- Parcerias com o setor privado com accountability.
- Melhoria na jornada do cidadão (regulação, encaminhamento, resolutividade).

5.9 Questões sugeridas (FGV – discursivas)

5.9.1 Questão 1

Analise os benefícios e riscos do uso das Parcerias Público-Privadas (PPP) no sistema de saúde brasileiro. Como equilibrar eficiência e controle social?

Resposta: As PPPs ampliam a capacidade de execução do Estado, permitem acesso a tecnologia e melhores práticas do setor privado, e podem acelerar entregas. No entanto, riscos como perda de controle público, corrupção e serviços com foco mercantilista existem. O equilíbrio exige contratos bem estruturados, metas claras, fiscalização rigorosa, e participação efetiva da sociedade civil por meio de conselhos e audiências públicas.

5.9.2 Questão 2

Explique como a digitalização dos serviços públicos de saúde pode contribuir para o alcance das metas da Agenda 2030. Use o exemplo da Estônia como referência.

Resposta: A digitalização permite monitoramento em tempo real dos indicadores de saúde, otimiza o acesso ao cuidado e reduz desperdícios. O exemplo da Estônia mostra que, com um sistema integrado de dados, é possível prever riscos, personalizar tratamentos e dar mais autonomia ao cidadão. No Brasil, isso pode melhorar o desempenho do SUS, especialmente em áreas remotas, e contribuir para metas como a redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e combate às desigualdades regionais.

6 Mapa Mental – Sistemas de Saúde no Brasil

