



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

DAVID DE CARVALHO LOPES

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ESTUDO
SOBRE EQUIDADE NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Brasília – DF

2011

DAVID DE CARVALHO LOPES

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ESTUDO
SOBRE EQUIDADE NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Monografia apresentada ao
Departamento de Administração como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Dr. Daniel Bin

Brasília – DF

2011

Lopes, David de Carvalho.

Atenção Básica em Saúde: análise da equidade no Sistema de Saúde Pública no Brasil / David de Carvalho Lopes – Brasília, 2011. 70f: il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2011.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Bin, Departamento de Administração.

1. Atenção Básica em Saúde. 2. Equidade na saúde pública no Brasil. 3. Financiamento da Atenção Básica. I Título

DAVID DE CARVALHO LOPES

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: ESTUDO
SOBRE EQUIDADE NO SISTEMA DE
SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

David de Carvalho Lopes

Prof. Dr. Daniel Bin
Professor-Orientador

Prof. Dr^a Doriana Daroit
Professor-Examinador

Brasília, 04 de julho de 2011

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo abordar aspectos referentes ao planejamento, financiamento e política de recursos humanos, em especial ao profissional médico na Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Abordando a questão do planejamento este trabalho apresenta de forma abrangente as responsabilidades das três esferas públicas (União, Estados e Municípios) a partir do processo de descentralização da saúde pública no Brasil com maior ênfase a partir da década de 1990. Diante deste processo os municípios passaram a ter uma parcela maior de responsabilidade sobre a execução dos serviços básicos de saúde.

Em relação ao financiamento, verifica-se a criação de novos mecanismos de financiamento – Piso da Atenção Básica PAB Fixo e PAB variável - como forma de subsidiar a expansão da Atenção Básica no Brasil, que tem no Programa da Saúde da Família (PSF), a estratégia para a execução de suas ações e programas. Passa-se a adotar uma nova forma de financiamento, baseado no pagamento pela execução de metas a serem alcançadas e não simplesmente apenas pelo pagamento por serviços prestados. Com isso busca-se uma maior responsabilização e compromisso de todas as esferas de governo, além de uma maior efetividade das ações e programas de saúde. Busca-se desta forma, sempre que possível, a execução de ações preventivas em substituição aos procedimentos curativos. Esta nova concepção abrange os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS), e também tenta reduzir os efeitos da questão do subfinanciamento crônico da saúde pública brasileira.

Outro ponto a ser abordado é a questão da política de recursos humanos. A partir da descentralização ocorreu uma transferência de responsabilidade também nesta área. O governo municipal passa a ser o maior empregador de mão de obra em saúde. Tal fato, não vem acompanhado de políticas públicas de gestão de pessoas, o que de certa forma dificulta a expansão da Atenção Básica. Apesar do *boom* verificado no ensino das profissões relacionadas à saúde, observa-se a carência de profissionais especializados neste nível de atenção, em especial do profissional médico. A escassez e a distribuição geográfica desigual dos cursos de especialização em Medicina da Família e Comunidade, o desprestígio dessa especialização, além da defasagem salarial em relação a outras especialidades são alguns dos fatores que ocasionam tal situação.

Com relação a esses tópicos, espera-se demonstrar que um sistema de saúde que prioriza o nível de atenção básica como porta de entrada principal dos usuários, tende a alcançar uma maior equidade no acesso e execução das ações e serviços de saúde a toda população. Diante da instabilidade das fontes de financiamento, distribuição desigual dos aparelhos estatais de saúde e ausência de políticas de recursos humanos, a atenção básica pretende reduzir as desigualdades regionais.

Palavras-chave: Sistema de Saúde Pública. Atenção Básica. Equidade

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Despesas <i>per capita</i> com saúde dos 15 países de maior Produto Interno Bruto - PIB.....	35
Tabela 2 - Despesas em Saúde Pública dos 15 países de maior Produto Interno Bruto – PIB.....	36
Tabela 3 - Percentual gasto com saúde pública, por esfera de governo - 1980 a 2008.....	38
Tabela 4 - Gasto federal com Saúde, como percentual do PIB, Brasil 1994 a 2005..	44
Tabela 5 - Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde como proporção do gasto total do Ministério da Saúde – 2004 a 2008	45
Tabela 6 - Gastos percentuais dos governos estaduais com Atenção Básica - 2006 a 2010	46
Tabela 7 - Transferências direta Fundo-Fundo Atenção Básica - 2007 a 2010 (em Reais).....	47
Tabela 8 - Relação de médicos por 1.000 habitantes por estado no Brasil - 1990 a 2008	53
Tabela 9 - Relação de médicos por 1.000 habitantes nos 15 países de maior PIB - 2009	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	Histórico dos serviços de Atenção Básica.....	8
1.2	Formulação do Problema.....	10
1.3	Objetivo Geral.....	14
1.4	Objetivos Específicos.....	14
1.5	Justificativa.....	14
1.6	Métodos e técnicas de pesquisa.....	17
2	CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
2.1	Primeiro Contato.....	23
2.2	Coordenação do cuidado.....	24
2.3	Abrangência ou Integralidade.....	25
2.4	Longitudinalidade do cuidado.....	25
3	PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	26
3.1	O processo de planejamento e as desigualdades regionais.....	29
3.2	Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica.....	31
4	FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	34
4.1	Piso da Atenção Básica e impacto no financiamento.....	39
5	POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	48
5.1	Impacto da distribuição geográfica do médico na Atenção Básica.....	52
5.2	Distribuição dos cursos de Medicina da Família e Comunidade.....	55
5.3	Educação Permanente na Atenção Básica.....	57
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	60
	REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico dos Serviços de Atenção Básica

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a primeira proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção à saúde data de 1920, na Grã-Bretanha, quando, por iniciativa do Partido Trabalhista, um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população.

Ainda segundo Giovanella e Mendonça (2008), nos países em desenvolvimento, como o Brasil, difundiu-se um modelo diferente de centro de saúde, limitado a serviços preventivos. O centro de saúde atuava com foco em serviços prioritariamente preventivos, e os pacientes que necessitavam de tratamento eram encaminhados para os ambulatórios de hospitais.

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), a Fundação *Rockefeller* fomentou esse modelo de centro de saúde como instituição exclusivamente de saúde pública nas décadas de 1930 e 1940, o que inspirou o Brasil, na época, na criação de centros de saúde e unidades do Serviço de Saúde Pública (Sesp) com apoio da fundação. Exceto para certas doenças transmissíveis – como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e tuberculose, para as quais eram realizados tratamentos como medida para prevenir contágios -, esses centros de saúde não prestavam atendimento clínico aos pobres, os quais eram tratados nos ambulatórios de hospitais após comprovarem sua indigência. A ideia de um centro de saúde responsável pela prestação de serviços abrangentes para a população voltou a ser revisitada nas Américas também somente na década de 1960, com a expansão da medicina comunitária nos Estados Unidos da América (EUA).

Segundo Campos (2006), a rede de centros de saúde foi, na sua gênese, uma proposta de grupos “tecnoburocráticos”. Pretendia-se consolidar uma organização pautada na eficiência e na racionalidade, e muitas foram às fontes de pressão política que se manifestaram contra ou a favor do seu papel institucional, de acordo com interesses representados na sociedade brasileira. Não obstante,

diversas diretrizes advindas de gestores do setor buscaram imprimir sua lógica e alcançaram, progressivamente, o objetivo de fazer essa organização desempenhar algumas das funções defendidas pelos seus idealizadores. Geraram-se, por fim, mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde, mesmo que suscitando, ora reações de adesão, ora resistências, de acordo com maior ou menor coerência entre as suas proposições e as políticas vigentes. Mas, de uma maneira geral, o que se deu foi uma progressiva consolidação da organização dos centros de saúde.

Ainda segundo Campos (2006), entre as décadas de 1950 e 1970, a expansão e a prioridade dadas a essa rede local permanente foram colocadas em segundo plano, transformando-se em uma organização mais conservadora, atuando de maneira rígida e quase ritualista, como nos casos da emissão de carteiras de saúde para trabalhadores e estudantes. Essa etapa coincidiu com o crescimento da medicina previdenciária e o surgimento dos grandes hospitais e ambulatórios dos institutos de aposentadorias e pensões. Foi à época do crescimento do complexo médico industrial.

Conforme Campos (2006) verificou-se um novo surto de crescimento da rede básica de saúde no início dos anos 1980 decorrente do processo de redemocratização do país. A sociedade brasileira lutava pela consolidação de seus direitos sociais e, por conseguinte, pelo direito dos excluídos à assistência à saúde. Em um contexto de crise do modelo da saúde previdenciária, que acarretou fortes medidas de racionalização do gasto em saúde, privilegiou-se a atenção primária à saúde e a municipalização da prestação de serviços de saúde. Essas medidas estavam respaldadas pela Conferência de Alma Ata, em 1978, que preconizava um rol de cuidados essenciais a serem prestados à população de forma a se alcançar saúde para todos. Estavam dadas, assim, as novas bases políticas e técnicas para o surgimento de um novo movimento de crescimento e desenvolvimento da rede básica.

1.2 Formulação do Problema

Segundo Castro e Travassos (2008), o princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países, em particular os europeus. No Brasil, esse princípio tem relevância especial, devido à presença do Sistema Único de Saúde (SUS). Por definição constitucional, o SUS deve assistir toda a população brasileira de forma igualitária e hierarquizada. O Sistema Único de Saúde não só financia serviços de atenção hospitalar e ambulatorial em todo o país, como também exerce funções de saúde pública típica do Estado, tais como vigilância sanitária e epidemiológica.

De acordo com Castro e Travassos (2008), em relação à equidade, é necessário distinguir-se equidade nas condições de saúde de equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde. Esta distinção é importante, pois os determinantes da equidade nas condições de saúde são distintos dos determinantes da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde.

A equidade tem recebido diferentes definições e ênfases nos estudos teóricos e empíricos concernentes ao acesso e uso dos serviços de saúde. Os enfoques conceituais destinam-se a análise do tema de forma global no campo da saúde, no acesso e nas barreiras para o acesso aos serviços de saúde (na atenção básica e demais níveis de atenção), na qualidade dos serviços, nos fatores determinantes das condições de vida e saúde e nos fatores de ordem política que podem promover ou dificultar a equidade (FAUSTO, LIMA e VIANA, 2003).

Segundo Senna (2003), nessa direção, cabe uma distinção entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde, à medida que suas determinações não são as mesmas. Equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e que transcende o escopo das ações dos serviços da área, à medida que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde.

Ainda segundo Senna (2003), em relação à equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que a utilização dos serviços, além de influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional, também está condicionada por inúmeros fatores internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários.

De modo geral, os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente privilegiados. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existente na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diferentemente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros (CASTRO e TRAVASSOS, 2008).

Conforme Anderson e Rodrigues (2008), os modelos assistenciais hospitalocêntricos¹, que se caracterizam por uma atenção primária frágil e precariamente estruturada, são menos eficazes e habitualmente expõem especialistas focais a situações muito diversas daquelas para as quais foram treinados. Os resultados dessa inadequação são bem conhecidos. A começar pelo uso indiscriminado de tecnologias industrialmente produzidas para investigar, confirmar ou afastar uma hipótese diagnóstica ou, apenas, para assegurar-se da normalidade do funcionamento de algum subsistema orgânico.

Conforme Bolze *et al* (2010), as experiências internacionais — na Inglaterra e Canadá, por exemplo — mostram que, quando o sistema de saúde de um país é focado na Atenção Primária em Saúde (APS), se conseguem melhores resultados e maior equidade em saúde, com menores custos e maior satisfação dos usuários.

De acordo com Anderson e Rodrigues (2008), até os países economicamente mais desenvolvidos estão empenhados em conter a espiral inflacionária de custos e gastos decorrentes da realização de procedimentos médico-hospitalares tantas vezes considerados desnecessários ou supérfluos, para

¹ Hospitalocentrico – o sistema de atendimento no Brasil é “hospitalocêntrico”, ou seja, supervaloriza o atendimento em hospitais em detrimento da rede básica.

não dizer iatrogênicos². Sabe-se também que, ultrapassado certo patamar, o gasto crescente com assistência médico-hospitalar não provoca impacto positivo nos indicadores de saúde.

Ainda de acordo com Anderson e Rodrigues (2008), isso pode, contudo, afetar severamente a equidade, comprometendo a cobertura assistencial a ponto de tornar, no mínimo, penoso o acesso aos benefícios do progresso da ciência e tecnologia, sobretudo para os segmentos mais pobres da população mundial. Este acúmulo de problemas não tem deixado de provocar, enfim, um sentimento generalizado de insatisfação com os rumos da saúde no mundo.

Segundo Giovanella (2006), a necessidade de melhor organização do sistema de atenção com a constituição de redes integradas e sistemas funcionais de atenção à saúde tem sido motivo de intenso debate político e acadêmico no Brasil. Ponto central neste debate são mudanças no modelo assistencial, especialmente aquelas pretendidas na atenção básica.

De acordo com Giovanella (2006), no caso do Brasil, a situação é mais complexa, pois nosso sistema formalmente universal expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação, o que lhe confere, de certo modo, uma dualidade.

Nos países europeus, em geral, há acordos entre os dirigentes setoriais formuladores de políticas e os especialistas em organização de sistemas de saúde, no sentido de que a atenção primária deve ser à base de um sistema de saúde bem desenhado e capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Nesses países, durante os últimos anos, a partir do final da década de 1990, a reforma dos sistemas tem buscado fortalecer esse nível de atenção em suas funções de coordenação e de porta de entrada do sistema de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nos países com sistemas de saúde universalizantes e includentes, na Europa, Canadá e na Nova Zelândia, o tema atenção primária à saúde está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de

² Iatrogênico - diz-se de reação ou doença por efeito colateral ou secundário de medicação prescrita por médico.

saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade (CONASS, 2007).

Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram o impacto positivo da atenção básica em saúde na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde (CONASS, 2007).

De acordo com Giovanella (2006), nos países europeus, os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados a um sistema de saúde de acesso universal, isto é, o direito à saúde é garantido por meio de sistema universal com financiamento público ou por meio de contribuições específicas a seguros sociais, na prática universal, e a seletividade da atenção primária à saúde não se coloca como questão: a atenção individual é garantida em todos os níveis. Nos países europeus com serviços nacionais de saúde, a atenção primária à saúde é porta de entrada de um sistema de atenção à saúde de acesso universal. Nos países com seguros sociais, a atenção primária à saúde é pouco desenvolvida e não se constitui na porta de entrada, predominando o cuidado individual e a livre escolha.

Segundo *Heimann* e *Mendonça* (2008), em relação à atenção básica que se organizou no plano municipal desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), é importante resgatar-lhe o significado intrínseco de um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de um vínculo entre população e profissionais de saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território. É intrínseca a esse modelo a integração entre a unidade de serviço e a comunidade e entre usuário e profissionais da saúde, sendo este o princípio estruturante da organização dos serviços que se propõe.

O presente trabalho, por meio da análise de indicadores da atenção básica nas áreas de planejamento, financiamento e distribuição de profissionais médicos,

busca responder a seguinte pergunta: o processo de expansão da atenção básica tem contribuído de que forma para a equidade no acesso aos serviços de saúde pública no Brasil?

1.3 Objetivo Geral

Sendo parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica à Saúde enfrenta dificuldades semelhantes relacionadas a questões como: i) financiamento; ii) distribuição de profissionais médicos e iii) planejamento e avaliação das ações e programas de saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar impactos dessas questões no processo de equidade no acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil em suas diferentes regiões geográficas e a relevância da atenção básica nesse processo.

1.4 Objetivos Específicos

- Identificar possíveis desigualdades regionais na distribuição de recursos financeiros e se as mesmas causam algum efeito negativo nas ações e programas da atenção básica no que diz respeito à busca de equidade.
- Descrever o processo de planejamento e avaliação da atenção básica para as diferentes realidades epidemiológicas no Brasil e a utilização do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) nesse processo.
- Analisar de que modo a formação e a distribuição geográfica de profissionais médicos no Brasil impacta na política de recursos humanos da atenção básica.

1.5 Justificativa

O modelo assistencial vigente atravessa um momento de inflexão, não apenas no Brasil como também em outros países, como por exemplo, os Estados Unidos,

que atualmente discutem reformas em seu próprio sistema de saúde pública. Diversos organismos internacionais ligados à área de saúde, dentre eles a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), procuram através de seus estudos e levantamentos das condições sanitárias e perfil epidemiológico das diversas regiões e países, buscar ou simplesmente apontar possíveis soluções para problemas comuns a maioria das nações, independentemente do seu grau de desenvolvimento.

Dentre as possíveis soluções apontadas pelas diversas organizações e pesquisadores destaca-se o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no âmbito dos sistemas de saúde e a sua utilização como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde pública. Entende-se que esse nível de atendimento primário quando utilizado de forma ampla e adequada mostra-se mais resolutivo e com menores custos financeiros aos sistemas de saúde, segundo pesquisadores e entidades instituições internacionais de saúde. As escolhas das ações e programas de saúde pública não devem pautar-se única e exclusivamente pelos critérios financeiros, no entanto a utilização de insumos (bens materiais e profissionais) de custo elevado, sem a necessária comprovação da sua efetividade, não se justifica do ponto de vista clínico. Servem apenas para a manutenção de um modelo assistencial oneroso e que já demonstra não atender as atuais necessidades de saúde da população, inclusive no Brasil, em parte devido a sua baixa resolutibilidade.

No Brasil, de uma maneira generalizada, enfrentam-se problemas relacionados ao acesso aos serviços públicos de saúde. Diante disso, cada vez mais pessoas optam pela aquisição de planos privados de saúde, no entanto não necessariamente dispendo da garantia de acesso a todos os serviços médicos. Após a criação, em 2000, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o sistema de saúde suplementar passou a dispor de regras mais claras e objetivas proporcionando mais segurança ao usuário. No entanto tais planos, além de consumir uma parcela considerável dos rendimentos das famílias, em especial as de menor poder aquisitivo, impõem restrições ao atendimento de alta complexidade (cirurgias, quimioterapias, etc.), ficando este ônus para a rede pública de saúde.

Diante deste panorama, em que geralmente a população de baixa renda não dispõe de recursos financeiros para a contratação de serviços particulares de saúde e por isso utiliza-se exclusivamente a rede pública procuramos analisar algumas

características da atenção básica no intuito de avaliar a sua efetividade na melhoria da equidade no acesso aos serviços públicos de saúde.

Buscamos analisar pontos referentes ao planejamento e avaliação de ações e programas, financiamento e gestão dos recursos humanos, em especial aos profissionais médicos, tendo em vista o grande número de profissões relacionadas à área de saúde. Pretende-se analisar apenas a carreira médica e as questões relativas à sua formação, especialização e distribuição geográfica, analisando a existência de uma correlação entre a distribuição e formação dos médicos e a equidade no acesso aos serviços de atenção básica nas diferentes regiões do Brasil.

Em relação ao planejamento e à avaliação das ações e programas da atenção básica, pretendemos verificar se os dados disponibilizados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) são utilizados no planejamento da atenção básica. Em se tratando da avaliação procuramos identificar possíveis correções em processos das ações e programas da atenção básica tendo por base os dados do referido sistema de informações. Outro ponto é se possíveis distorções no planejamento podem acarretar baixa efetividade dos programas e ações da atenção básica.

A abordagem da questão do financiamento da atenção básica em saúde busca identificar a existência de limitações à sua universalização, de forma a propiciar a equidade no acesso, tendo em vista a crise crônica de subfinanciamento enfrentada pelo Sistema Único de Saúde.

Outra questão a ser observada é o percentual gasto com a Atenção Básica pelo governo federal em relação aos gastos totais com saúde em relação à Média e Alta Complexidade de atenção à saúde. Devido à herança do modelo de financiamento previdenciário, regiões com uma rede hospitalar mais bem estruturada tendem a receber mais recursos financeiros para o pagamento dos procedimentos hospitalares em detrimento da rede de atenção básica. Perpetua-se desta forma, o modelo assistencial direcionado ao atendimento médico-hospitalar, o que causa impacto na estruturação da rede de atenção básica que fundamentalmente depende dos recursos públicos para a sua expansão e manutenção dos seus programas e ações.

Em relação à política de recursos humanos, buscamos analisar a distribuição dos profissionais médicos, formação na especialidade Medicina da Família e Comunidade (MFC) e a possível existência de efeitos à execução das

ações e programas da atenção básica em decorrência da distribuição e formação específica para atuação na Atenção Básica. Nos dias de hoje o foco na área médica é o da especialização, devido em grande parte ao modelo de saúde vigente no Brasil, além da diferença existente entre remuneração de médicos de atenção básica e médicos especialistas. Atualmente o Brasil dispõe de poucos cursos de formação na área de atenção básica, o que acaba levando ao aproveitamento de profissionais sem a devida formação para atuarem neste nível de atenção, que apesar de estar inserida no Sistema Único de Saúde, possui peculiaridades que necessitam de formação específica dos profissionais.

Assim, entendemos que este trabalho se justifica por tentar contribuir com o conhecimento e os debates em torno da atenção básica e em que medida essa vem contribuindo, ou não, com a equidade no acesso aos serviços de saúde pública, tendo em vista que a maioria da população brasileira depende exclusivamente do atendimento público e gratuito de saúde e a atenção básica quando organizada corretamente atende de forma mais efetiva a maior parte dos agravos de saúde.

1.6 Métodos e técnicas de pesquisa

O objetivo do trabalho é a realização de análise de aspectos relacionados à Atenção Básica em Saúde. Pretende-se utilizar o tipo de pesquisa descritiva.

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos. (GIL, 1991).

Em relação à coleta de dados foi realizada preferencialmente através da pesquisa bibliográfica, utilizando-se desta forma dados do tipo secundário. Outra forma de levantamento de dados é a pesquisa na internet, das organizações que tratam do tema. Por se tratar de organizações públicas (Ministério da Saúde, DATASUS, FIOCRUZ, OPAS, OMS, secretarias estaduais e municipais de saúde) os dados estão disponíveis para acesso público. Tendo por objetivo analisar além dos dispêndios orçamentários governamentais, a ocorrência de possíveis mudanças no

perfil epidemiológico da população, cobertura da atenção básica o trabalho foi do tipo misto, devido à análise qualitativa de algumas questões referentes à atenção básica e quantitativa, pois fez ao mesmo tempo a correlação de variáveis dos temas pesquisados. Para isso a pesquisa utilizou-se dos sistemas de informações relacionados com o objetivo do trabalho. São eles:

SIOPS – Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde;

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial;

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica;

SIH - Sistema de Informação Hospitalar e

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Buscou-se através do levantamento de dados referentes ao financiamento, planejamento e recursos humanos em especial da década de 2000, analisar a efetividade da política de atenção básica na melhoria da equidade no acesso aos serviços de saúde pública no Brasil.

2 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a, cada vez mais, se subespecializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo. Portanto, em quase todos os países, vemos as profissões da área de saúde mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades. Em alguns países, há mais subespecialistas do que especialistas em atenção primária. A atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque é enfatizado o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida (STARFIELD, 2002).

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos para poder pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles (STARFIELD, 2002).

Segundo Castro e Travassos (2008), na grande maioria dos países, a probabilidade ajustada por necessidade de se consultar um médico generalista não variou segundo a renda das pessoas, mas em quase todos os países a

probabilidade de se consultar um médico especialista foi maior entre as pessoas mais ricas. Em geral, a probabilidade de se consultar um médico generalista condicionada ao fato de já o ter consultado anteriormente, foi favorável às pessoas mais pobres, mas a probabilidade condicional de se consultar um médico especialista foi desfavorável aos mais pobres. Apesar de este padrão existir entre países com sistemas de saúde muito distintos, a desigualdade em favor dos mais ricos na probabilidade de se consultar um médico especialista tendeu a ser maior nos países com importante participação do setor privado. Os Estados Unidos e o México, países sem cobertura universal, apresentam as maiores desigualdades em favor das pessoas mais ricas.

A história da política de saúde brasileira revela variações nas concepções e na valorização da atenção primária em saúde, influenciadas pelo contexto nacional e internacional. Embora propostas de reforma curricular das escolas médicas e experiências de transformação do modelo assistencial possam ser observadas desde os anos 1950 e tenham ganhado expressão nos anos 1970 com o debate promovido pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, o tema da Atenção Básica não teve centralidade na agenda reformista brasileira da década de 1980 (MACHADO, 2008).

É somente nos últimos anos que o movimento de fortalecimento da Atenção Básica funde-se ao ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao processo de descentralização da política de saúde. A própria opção pela denominação “Atenção Básica” decorre da negação de concepções restritivas sobre Atenção Primária propostas por organismos internacionais e da tentativa de diferenciação da estratégia brasileira. (MACHADO, 2008).

O princípio da equidade em saúde, um valor fundamental da Reforma Sanitária, permitiu que na construção do SUS se buscasse reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas de acesso universal à rede de serviços mais complexos conforme as necessidades. Todavia, na década de 1990, a tensão entre o avanço do projeto neoliberal – ou contra-reforma, por propugnar a redução dos gastos públicos e a cobertura de assistência à saúde via mercado – e a preservação do SUS e suas diretrizes fez o Ministério da Saúde – ao qual foi incorporado estruturas, serviços e profissionais da assistência médica previdenciária em 1990 – adotar mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão. Tais mecanismos transferiam

a responsabilidade da atenção para os governos municipais, o que exigiu rever a lógica da 'assistência básica', organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Ainda de acordo com Starfield (2002), a atenção primária, oferece o suporte filosófico para a organização de um sistema de serviços de saúde. A atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas. Estas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção das doenças e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o

processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão.

Conforme Heimann e Mendonça (2005) é importante destacar que há diferenças de concepção entre Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS). A primeira surgiu numa perspectiva restrita associada à racionalização dos gastos hospitalares, mas se amplia nas propostas das agências internacionais – como organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) – em torno da meta social da Saúde para Todos no ano 2000 (projeto SPT 2000), consensual na Assembléia Mundial de Saúde de 1979. Parte da concepção de saúde como bem-estar biopsicossocial estabelece para as políticas públicas a extensão de cobertura com ações de prevenção, cura e reabilitação voltadas para grupos de indivíduos, bem como para controle de doenças e agravos.

A Conferência de Alma Ata em 1978 especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Portanto, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2008).

Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2008).

Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2008)

Nos países com sistemas de saúde universalizantes e includentes, na Europa, Canadá e na Nova Zelândia, o tema atenção primária à saúde está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade (CONASS, 2007).

2.1 Primeiro contato

A razão pela qual o primeiro contato é importante é que o treinamento dos médicos de atenção primária ocorre com pacientes que têm baixa probabilidade de estarem doentes com problemas raros ou sérios. O treinamento de outros especialistas, entretanto, se dá com pessoas que apresentam grande probabilidade de ter um problema raro ou sério em sua área de especialização. A probabilidade de

que um determinado exame diagnosticará corretamente uma condição em um determinado paciente depende da frequência provável daquela doença nos pacientes que o médico examina. Se o problema for incomum, o exame dará vários resultados falso-positivos em relação aos resultados corretos. Os exames que os subespecialistas usam são calibrados para um bom desempenho em pacientes com maior probabilidade de ter a enfermidade. Se muitas pessoas com baixa probabilidade da enfermidade (como aquelas não encaminhadas por médicos de atenção primária) forem submetidas ao exame, na maioria das vezes ele não terá resultados precisos. Assim, as pessoas estarão, desnecessariamente, sujeitas a uma cadeia de exames diagnósticos, cada um dos quais com uma probabilidade finita de produzir um efeito adverso, sendo que os custos não serão justificáveis devido ao seu baixo rendimento (STARFIELD, 2002).

2.2 Coordenação do cuidado

Segundo Starfield (2002), coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

A essência da coordenação é a informação: a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação) e a utilização da informação, possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contra-referência e recomendações escritas aos pacientes (CONASS, 2007).

Assim, fica claro que, embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para a população atendida, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS (BRASIL, 2008).

2.3 Abrangência ou Integralidade

De acordo com Starfield (2002), a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações.

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (CONASS, 2007).

2.4 Longitudinalidade do cuidado

Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação. Portanto, o termo longitudinalidade, cunhado por Alpert e Charney em 1974, oferece um sentido muito melhor sobre a característica que é uma parte crucial da atenção primária (STARFIELD, 2002).

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde (CONASS, 2007).

3 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo Machado (2008), as décadas de 1980 e 1990 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde, configurando-se, por assim dizer, em 'anos paradigmáticos' para a saúde pública no Brasil. A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se paradigmas do SUS. O sistema de saúde passou a ser, de fato, um sistema nacional com foco municipal, o que denomina 'municipalização'.

O processo ascendente de planejamento definido pela Lei Orgânica da Saúde configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e nacional, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente, tanto em relação ao acesso, quanto à integralidade e à qualidade da atenção prestada. Em relação à gestão, é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% menos de 10 mil segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004). Particularmente no tocante ao planejamento, a organização das ações ainda é bastante precária, principalmente nos municípios de médio e pequeno porte, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível (BRASIL, 2009).

A Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB), no Brasil é uma atribuição das secretarias municipais de saúde. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde repassou aos municípios a tarefa de gerenciar, de forma plena, a APS/AB em suas dimensões administrativa, técnica, financeira e operacional (CAMPOS, 2006).

Segundo Fernandes, Machado e Anschau (2009), os serviços públicos de saúde estão, cada vez mais, sendo alvo de discussões no que diz respeito à qualidade do atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, solução dos problemas identificados e encaminhamentos resolutivos. O processo de

municipalização da saúde faz parte do movimento de reforma administrativa brasileira e deve contar com uma gestão capaz de atender numa perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente.

De acordo com Fernandes *et al* (2009), o conhecimento das tecnologias de gerenciamento em saúde para os municípios torna-se essencial, visto que, historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), coloca a competência gerencial como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Particularmente, a partir de agora, o SUS, tem no financiamento de recursos, na responsabilidade de gestão e no pacto entre gestores, seu ponto de partida para o atendimento das necessidades da população, nos vários níveis de complexidade.

O Quadro 1 sintetiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo em relação ao planejamento e gestão da Atenção Básica em Saúde:

Quadro 1 – Competências de cada esfera de governo no planejamento e gestão da Atenção Básica.

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Elaborar as diretrizes da PNAB e estimular a adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde.	Acompanhar a implantação e execução das ações de ABS, analisar a cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, e acompanhamento da evolução de indicadores e metas pactuados.	Definir e implantar o modelo de Atenção Básica em Saúde em seu território.
Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da APS.	Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à pelos gestores municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atuais.	Inserir, preferencialmente, a ESF em sua rede de atenção à saúde, visando à organização do sistema de saúde.
Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde dos estados, municípios e DF.	Regular as ações intermunicipais.	Organizar referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS
Ordenar a formação de recursos humanos, definindo com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação em saúde, visando à formação de profissionais com perfil à APS.	Coordenar a execução das políticas de qualificação de RH em seu território. As SES são responsáveis pelo processo de capacitação das equipes em municípios com menos de 100 mil habitantes. Fomentar a cooperação horizontal entre municípios.	Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas
Cofinanciar o sistema de Atenção Básica em Saúde	Cofinanciar as ações da APS e da ESF e ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios;	Cofinanciar as ações de Atenção Básica em Saúde
Manter as bases de dados nacionais (sistemas de informações).	Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da APS/ESF, (estados e DF).	Alimentar os sistemas de informação (Siab, entre outros).

Fonte: Lima, Machado e Noronha, 2008.

Segundo Andrade e Santos (2009), esse modelo de regulação causou sérios embargos aos municípios e à descentralização, uma vez que exigia o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com a realidade local. Com o esgotamento de todas essas regulamentações que organizavam o SUS à luz do financiamento federal, fortemente disciplinado pelo Ministério da Saúde, passou-se a discutir de forma conjunta (união, estados e municípios) um novo documento, o Pacto pela Saúde 2006.

A área de planejamento do SUS ainda necessita nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade. A disponibilidade de infraestrutura adequada e a atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si - sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo -, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam, são condições estratégicas para a coordenação do processo de planejamento (BRASIL, 2009).

A redistribuição de poder e de competências entre os três entes federados gerou mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções. No que diz respeito ao processo de formulação de políticas e planejamento, a incorporação de novos atores representou uma alteração significativa, visto que a trajetória da política de saúde brasileira havia sido marcada por um elevado grau de centralismo. No que concerne à regulação em saúde, o poder executivo federal, historicamente forte no federalismo brasileiro, reafirmou seu poder sobre estados e municípios por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Essa característica do modelo de intervenção adotado pelo gestor federal marcou a condução da política nacional de saúde na década de 1990. Essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participassem do processo de tomada de decisão, e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde na década de 1990 (CASTRO e MACHADO, 2010).

Segundo Andrade e Santos (2009), a partir de 2006, o Pacto pela Saúde tornou-se o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS, e algumas das reivindicações dos gestores de estados e municípios, como o reconhecimento de

sua autonomia, foram consideradas, deixando, assim, de existirem as 'habilitações' que, teoricamente, denotavam a 'permissão' do Ministério da Saúde para que o município ou o estado fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à 'habilitação', foi instituído o termo de compromisso, instrumento que formaliza os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

3.1 O processo de planejamento e as desigualdades regionais

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – interregionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre a qual o sistema foi construído (LIMA, MACHADO e NORONHA, 2008).

De acordo com Bittar *et al* (2009), estudos científicos apontam que as desigualdades sociais são acompanhadas de desigualdades em saúde, uma vez que a existência de diferentes níveis socioeconômicos dentro de uma mesma comunidade resulta em diferentes índices de saúde e de qualidade de vida. Partindo desse princípio, sanitaristas e estudiosos brasileiros voltaram à atenção para a análise situacional descentralizada, objetivando um novo modelo paradigmático de atenção à saúde em território definido, buscando analisar localmente os problemas existentes dentro de uma mesma sociedade de classes.

Ainda segundo Bittar *et al* (2009), com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição de 1988, tornou-se lei a prestação de serviços de saúde pelo Estado com equidade, universalidade e integralidade na atenção à saúde, direitos estes consolidados pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 em todo o território nacional.

De acordo com Bittar *et al* (2009), é dentro dessa nova concepção, visando à consolidação desse novo paradigma de promoção e educação em saúde, que nasceram no Brasil dois programas voltados para a atenção básica em saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs, 1991) e o Programa Saúde da Família (PSF, 1994), ambos utilizando a Unidade Básica de Saúde (UBS) como *locus* de atuação. Esses programas têm como objetivo levar mais equidade em saúde às regiões assistidas, minimizando a desigualdade em saúde, trabalhando

políticas de educação e promoção da saúde em níveis locais. Dentro deste arranjo, criou-se uma ferramenta para coletar dados locais para o planejamento dessas ações na UBS: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Segundo Freitas e Pinto (2005), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS com informações, visando à agilização e consolidação dos dados coletados. O sistema tem potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, otimizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações. Significa a possibilidade de uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais, uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde.

Ainda segundo Freitas e Pinto (2005), composto por módulos, o SIAB contempla o cadastramento das famílias, por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde referidos na ficha A. Em outro módulo, refere-se à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco nas fichas B e C. Finalmente, contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção na ficha D. Para consolidação dos dados, existem relatórios denominados SSA2, SSA4, PMA2 e PMA4. A finalidade desses relatórios é permitir o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário, visando melhorar a qualidade prestada pelos mesmos. Além desses, o SIAB ainda cadastra as equipes que atuam no Programa Saúde da Família (PFS), sendo a base para o repasse dos incentivos financeiros do MS para os municípios. Todos os membros que compõem essa equipe manuseiam as fichas do SIAB.

De acordo com Bittar *et al* (2009), ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cabe oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, visando à produção de qualidade de vida em sua área geograficamente restrita. O Siab torna-se, portanto, a ferramenta padrão de coleta de informações da população adscrita à UBS, um requisito básico para a adequada organização das ações do PSF e Pacs, os quais

possuem como princípios gerais o enfoque na participação comunitária e no controle social, promovendo ações de educação e promoção da saúde.

Além do Siab, outros sistemas de informação oficiais, como Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), fornecem dados imprescindível para a tarefa de conhecer a fundo o local onde se está intervindo (CONASS, 2011).

Segundo Felisberto (2004), a reformulação do SIAB com o objetivo de transformá-lo num sistema que seja abrangente de toda a atenção básica, superando os limites do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF); a dinamização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como instrumento de mobilização, de negociação política mais, efetivamente, como elemento norteador da formulação das políticas setoriais e da programação das ações; a divulgação de forma ampla dos estudos e pesquisas realizados sobre a atenção básica, proporcionando o acesso de gestores, profissionais dos serviços de saúde e docentes, pesquisadores e estudantes das instituições de ensino e pesquisa; a disponibilização pública do banco de dados do SIAB; a exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados produzindo-se indicadores e analisando-os com vistas a publicações institucionais; a construção de instrumentos que permitam o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema; a divulgação de experiências exitosas implementadas por estados e municípios; a realização de novos estudos e pesquisas como necessidade à complementação do monitoramento e a identificação de fontes de financiamento e definição de orçamento para as ações de avaliação, são algumas das estratégias que vêm sendo efetivadas pelo Ministério da Saúde.

3.2 Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica

Segundo Bittar *et al* (2009), muitas pesquisas têm sido feitas sobre a evolução e a metodologia das tecnologias em saúde, em especial a evolução dos

sistemas de informação e suas questões operacionais. A evolução da ciência ligada às práticas médicas proporcionou maior agilidade, eficácia e eficiência ao processo de tomada de decisões, ao processo terapêutico e uma melhora sensível nos níveis de atenção às populações carentes quando se fala da área da saúde pública.

De acordo com Felisberto *et al* (2010), o Ministério da Saúde desenvolveu a partir de 2003 a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, com o objetivo de institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). A qualificação dos processos decisórios, no âmbito da gestão dos serviços e do cuidado, com vistas à integralidade e resolutividade das ações, são propósitos da política, uma vez que a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica é reconhecida pelas três esferas de gestão. Pela primeira vez, no setor saúde do Brasil, o objetivo de institucionalizar a avaliação no SUS é transformado em uma política de governo, envolvendo claramente os gestores estaduais e municipais no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica, descentralizando mais uma ação – a de avaliar.

De acordo com Felisberto (2004), investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com no objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

Ainda segundo Felisberto (2004), a avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações. A especificidade do monitoramento está no recurso de um sistema de

informação para acompanhar a operacionalização de uma intervenção. O desenho do sistema de monitoramento é parte integrante do planejamento das ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção (BRASIL, 2004).

No monitoramento das ações desenvolvidas na atenção básica de saúde, existem alguns indicadores que pode ser atribuído significado especial, pois, além de fáceis de serem calculados, disponíveis no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), têm a necessária sensibilidade para servir como: a) **traçadores** da qualidade de operacionalização das medidas preventivas e de promoção em saúde, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e da reabilitação, para eventos de saúde passíveis de controle devido à disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida e acessível à população das áreas de abrangência; e b) **eventos-sentinela** da ocorrência de situações evitáveis doenças, complicações, incapacidades e mortes visando avaliar as repercussões das ações realizadas. (BRASIL, 2004).

Segundo Felisberto (2004), a avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo. Daí a necessidade de estudos e pesquisas que dêem conta das dimensões não apreendidas pelos diversos sistemas de monitoramento.

4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Segundo Lobato e Giovanella (2008), os modelos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução e regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, com o consequente acesso e direito à cidadania. Na atenção à saúde, os modelos de proteção sociais mais encontrados nos países de industrialização avançada são os de seguro social e o de seguridade ou universal.

Ainda segundo Lobato e Giovanella (2008), os modelos universais de proteção à saúde correspondente ao sistema de proteção social do tipo seguridade social se concretizam em sistemas nacionais de saúde (como o inglês *National Health Service* – NHS), financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Os sistemas nacionais de saúde universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde. Nos sistemas universais, o Estado, em geral, presta diretamente os serviços de saúde: toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é de propriedade pública estatal. Grande parte dos profissionais é formada por empregados públicos. E, mesmo nos casos dos serviços contratados ao setor privado, o Estado tem grande capacidade de controlar os custos desses serviços, já que ele é o principal comprador e define os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras homogêneas para a maioria das ações e serviços de saúde, o que garante serviços similares em todo o país.

Outro tipo de sistema de seguro social em saúde segundo Lobato e Giovanella (2008), é do tipo bismarckiano que tem financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores e, em seus primórdios, em geral foram segmentados por categoria funcional de trabalhadores, como no caso brasileiro dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Essa segmentação é bastante criticada porque gera iniquidades, já que benefícios e serviços podem ser diferenciados entre categorias profissionais, dependendo da sua importância na economia.

No modelo de proteção social residual, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres. Isso ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, em que os programas públicos de proteção à saúde cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados, permanecendo descoberta uma parcela significativa da população, sem acesso a seguros públicos e privados. Este modelo no qual prevalece o mercado gera enorme ineficiência, devido à baixa regularização estatal, miríade de prestadores e provedores de seguros. Assim, os Estados Unidos são hoje o país com os gastos em saúde *per capita* mais elevados do mundo, com importante parcela da população sem cobertura (46 milhões de cidadãos americanos em 2005), com resultados e indicadores de saúde muito piores do que sistemas universais, próprios de países europeus, cujos gastos são muito menores (LOBATO e GIOVANELLA, 2008).

Tabela 1 – Despesas *per capita* com saúde dos 15 países de maior Produto Interno Bruto - PIB

Países	Ano	Gasto <i>per capita</i> total em saúde (ppp. US\$)	Gasto <i>per capita</i> governamental em saúde (ppp. US\$)
Estados Unidos	2009	7.410,00	3.602,00
Japão	2009	2.713,00	2.170,00
China	2009	309,00	155,00
Alemanha	2009	4.129,00	3.124,00
França	2009	3.934,00	3.013,00
Reino Unido	2009	3.399,00	2.843,00
Itália	2009	3.027,00	2.341,00
BRASIL	2009	943,00	431,00
Espanha	2009	3.150,00	2.272,00
Índia	2009	132,00	43,00
Canadá	2009	4.196,00	2.883,00
Rússia	2009	1.038,00	669,00
Austrália	2009	3.382,00	2.371,00
México	2009	846,00	408,00
Coréia do Sul	2009	1.829,00	990,00

Fonte: Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, 2009
Elaboração própria

De acordo com Porto e Ugá (2008), o financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de dada sociedade. Esse gasto pode ser efetuado pelo Estado (nas distintas esferas de governo, por meio de tributos ou de empréstimos e doações internacionais), pelas famílias (pela compra direta de serviços de saúde, medicamentos e outros materiais

ou mediante pagamento pela aquisição de planos privados de saúde ou, ainda, por meio de poupanças individuais, como os *medical saving accounts*) e pelas empresas (quando participam do ônus financeiro da compra de planos de saúde coletivos para seus empregados).

A instituição do acesso universal à saúde como direito inerente à cidadania, pela Constituição Federal de 1988, foi coerentemente acompanhada da inserção do Sistema Único de Saúde no Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), bem como do financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social, acrescido de recursos dos tesouros federal, estaduais e municipais (PORTO e UGÁ, 2008).

Conforme Porto e Ugá (2008), correspondendo à estrutura herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado, a estrutura do gasto nacional em saúde também está fortemente marcada por essa herança.

Ainda conforme Porto e Ugá (2008), nosso sistema de saúde, constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano³, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde.

Tabela 2 – Despesas em Saúde Pública dos 15 países de maior Produto Interno Bruto - PIB

Países	Despesas com saúde pública em relação ao PIB (%)	Despesas do governo com saúde pública (%)	Despesas privadas com saúde pública (%)	Percentual das despesas totais governo (%)
Estados Unidos	16.2	48.6	51.4	18.7
Japão	8.3	80.0	18.5	17.9
China	4.6	50.1	49.9	10.3
Alemanha	11.3	75.7	21.2	18.0
França	11.7	76.6	20.8	16.0
Reino Unido	9.3	83.6	16.4	15.1
Itália	9.5	77.3	22.7	14.2
Brasil	9.0	45.7	54.3	6.1
Espanha	9.7	72.1	24.7	15.2
Índia	4.2	32.8	67.2	4.1
Canadá	10.9	68.7	31.3	17.0
Rússia	5.4	64.4	35.6	8.5
Austrália	8.5	70.1	32.3	18.3
México	6.5	48.3	51.7	11.9
Coréia do Sul	6.5	54.1	39.9	12.3

Fonte: Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, 2009

³ Welfariano – termo relacionado ao sistema de proteção social que visava ampliar o bem-estar da população através do desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência (*Welfare State*).

Segundo Faveret (2003), a partir de 1993, particularmente com a especialização da folha de salários no financiamento dos gastos previdenciários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, mais recentemente, com a competição do Ministério da Previdência pelas demais contribuições sociais, o estabelecimento de fontes estáveis para o financiamento público da saúde tornou-se ainda mais essencial. Afinal, a estabilidade de gastos é um dos principais requisitos na garantia da manutenção de um sistema baseado no financiamento público e na cobertura universal. Do reconhecimento dessa necessidade surgiram várias Propostas de Emendas à Constituição (PEC) visando garantir tais recursos, sendo uma delas finalmente aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000. Trata-se da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Segundo Faveret (2003), a Emenda Constitucional n. 29/00 aporta um novo componente para o financiamento do sistema de saúde que parece indicar, em princípio, ganhos em termos de volume e estabilidade dos recursos destinados pelo setor, através da consolidação do mecanismo de co-financiamento. Segundo o autor a nova norma constitucional definiu um patamar mínimo inicial, para 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Até 2004, os percentuais previstos para estados e municípios deveriam elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, enquanto a participação da União foi corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29) provocou alteração importante na distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo com saúde. Nos últimos anos, em parte por força desta Emenda, ocorreu uma redução crescente da participação relativa da União no financiamento público da saúde (CONASS, 2011).

Até meados da década de 1990, o gasto público em saúde guardava a marca do período anterior à nova Constituição, caracterizado por forte centralização do sistema de saúde e de seu financiamento em nível federal. No decorrer dos anos 90, observou-se ligeira diminuição da participação do governo central nesse gasto, em razão essencialmente do papel mais ativo exercido pelos municípios. (PORTO & UGÁ, 2008).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass, 2011), independentemente da forma de agregação ou dos conceitos utilizados para consolidar o gasto público com saúde, há uma nítida tendência de redução da

participação do governo federal nos gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, estava em torno de 58,6%, em 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos.

Tabela 3 – Percentual gasto com saúde pública, por esfera de governo - 1980 a 2008

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27,0
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,5	27,6	29,0

FONTE: Conass, 2011

Obs: 1980 a 1990 - despesa total com saúde. 1995 - Gasto público com saúde, exclui inativos e dívida e acrescenta gastos com saúde, exceto os destinados a servidores públicos de outros órgãos federais. 2000 a 2001 - despesas empenhadas. 2002 a 2003 - despesa líquida. A partir de 2004 - despesa empenhada, sendo deduzidos os restos a pagar sem disponibilidade financeira e os restos a pagar com disponibilidade financeira do exercício anterior cancelados no exercício considerado.

Segundo Teixeira e Teixeira (2003), não havia, contudo, a delimitação de papéis e tarefas entre essas esferas, de modo a garantir a complementaridade dos esforços, nem tampouco estava definida as fontes de receita e níveis de comprometimento de cada esfera de governo com o financiamento das ações. Essa situação ambígua ensejou, no início da década de 1990, uma grave crise do financiamento da saúde, atenuada nos anos seguintes mediante o aumento do volume de recursos municipais aplicados no setor, a descentralização da execução das ações aos governos locais e a reformulação das fontes de financiamento federal. Ao longo da referida década, com a descentralização gradativa das transferências da União aos estados e municípios, pôde-se observar também uma

retração no aporte de recursos financeiros por parte de algumas unidades federadas, em especial na esfera estadual.

O financiamento do SUS tem sido abalado por fatores extra-setoriais vinculados fundamentalmente às políticas de ajuste macroeconômico. Visto que o eixo condutor dessas políticas é a busca única do equilíbrio macroeconômico e da eliminação do *déficit* fiscal, elas foram acompanhadas da contração substancial do gasto público na provisão das políticas sociais, ao mesmo tempo em que vincularam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização das dívidas pública interna e externa (PORTO e UGÁ, 2008).

Afora isso, a atual Desvinculação de Recursos da União (DRU), implantada desde 1994 com o Fundo Social de Emergência, é evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs, tendo em vista que desvinculam do Orçamento da Seguridade Social (OSS), 20% dos recursos arrecadados (PORTO e UGÁ, 2008).

De acordo com Porto e Ugá (2008), a Desvinculação de Recursos da União é derivada do Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994 com o propósito de aumentar os recursos disponíveis ao Tesouro Nacional, para uso de livre arbítrio da Presidência da República (naquele momento, fundamentalmente para pagar a dívida pública). Esse instrumento consiste na desvinculação de 20% do montante de toda e qualquer receita arrecadada pela União. Como se sabe, várias receitas da união tem a sua parte ou totalidade destinada a fins específicos: por exemplo, 21,5% e 22,5% da arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) destinam-se, respectivamente ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos municípios (FPM); ainda as contribuições sociais vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social destinam-se exclusivamente a ele. Dessa forma, o FSE e hoje a DRU consomem parte de receitas vinculadas a programas sociais (OSS) ou à descentralização (FPE e FPM).

4.1 Piso da Atenção Básica e o impacto no financiamento

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), a Norma Operacional Básica 1996 (NOB 96) estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros

federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável.

Ainda de acordo com Giovanella e Mendonça (2008), o PAB fixo constitui-se em uma transferência em base *per capita* para cobertura de atenção básica pelos municípios, isto é: nesta modalidade de repasse, defini-se um valor fixo por habitante ao ano. Cada município recebe recursos financeiros correspondentes ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (fundo a fundo), para alocar na atenção básica de seus municípios.

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), o PAB variável é composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, que em 1998 eram o Programa Saúde da Família / Agentes Comunitários de Saúde PSF/Pacs, saúde bucal, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Os recursos recebidos pelos municípios por meio do PAB variável, portanto, ‘variam’ conforme a adoção ou não desses programas pelo município.

Cabe destacar que foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com repasses de recursos para atenção básica com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços neste nível. Este processo foi aprimorado com a criação do PAB variável, o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, saúde bucal e agente comunitários de saúde em atividade nos municípios (SOLLA *et al*, 2007).

Segundo Costa e Melamed (2003), o novo mecanismo de distribuição dos recursos inaugurado pela NOB/96 visou paulatinamente dissociar o faturamento dos serviços de saúde de seu financiamento. Na situação anterior, municípios de menor porte e/ou mais pobres não prestavam assistência básica à saúde, por não disporem de capacidade instalada e/ou recursos próprios para produzirem serviços na proporção das necessidades da população local.

Ainda segundo Costa e Melamed (2003), a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) traz como principal mecanismo a transferência regular e automática, o que se traduz em um repasse federal feito diretamente aos municípios. Esse novo mecanismo dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. Isto é, de acordo com a lógica de pagamento por serviços previamente

prestados, os municípios mais pobres e/ou de menor porte, portanto, sem uma infraestrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde, acabavam prejudicados. Comparados aos municípios mais populosos, recebiam do SUS valores menores, porém coerentes, por um lado, com a precariedade da rede de saúde existente no local, e por outro, com a quantidade de procedimentos e atendimentos realizados. Ainda, de acordo com o critério anterior, quanto maior o número de hospitais, ambulatórios e postos de saúde, maior a possibilidade dos municípios receberem aportes financeiros junto ao SUS. Além disso, o antigo sistema, baseado no faturamento de consultas e de procedimentos realizados, perpetuava um modelo assistencial com pouca ou nenhuma ênfase na adoção de medidas preventivas e/ou de promoção à saúde e redução de agravos.

Conforme Solla *et al* (2007), mesmo concordando que a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) 1993 e 1996 obtiveram resultados positivos no fortalecimento do processo de descentralização e de expansão e reorganização da atenção básica - especialmente na NOB 96, com a criação do PAB, é necessário lembrar que sua implantação foi adiada por dois anos, entrando em vigor efetivamente apenas a partir de 1998 e que o valor originalmente proposto para o PAB em R\$12,00 *per capita* por ano foi reduzido para um mínimo de R\$10,00, praticado para a grande maioria dos municípios brasileiros que recebiam valor inferior a este, ficando entre R\$10,00 e R\$18,00 para aqueles que apresentavam uma série histórica de produção de procedimentos de atenção básica acima do patamar mínimo estabelecido.

De acordo com Marques e Mendes (2002) a NOB 96 – em que pese ser um importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema – ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica, pode estar se constituindo num obstáculo no avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local. Isto porque, ao criar o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB 93 – MS, 1993), foi solo fértil para as políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente. Na prática, os municípios, ao receberem recursos para a Atenção Básica, acabam concentrando suas ações neste nível de atenção.

Segundo Solla *et al* (2007), num primeiro momento, a introdução do PAB produziu uma elevação dos recursos federais transferidos para a atenção básica

para a maioria absoluta dos municípios brasileiros. Contudo, a defasagem do valor nos anos posteriores a sua implantação, o baixo nível de participação da esfera estadual no financiamento e o fato de não terem sido implantadas medidas que diferenciasssem as necessidades do financiamento levando em conta as desigualdades intermunicipais, fizeram com que progressivamente o caminho da busca da equidade no financiamento deste nível de atenção fosse se distanciando. Estudos sobre a avaliação das mudanças ocorridas na atenção básica e as demandas dos gestores municipais apontavam a importância de que fossem adotadas medidas não apenas para aumentar o volume de recursos transferidos aos municípios, como também com vistas a permitir uma alocação eqüitativa de recursos, contemplando a necessidade de discriminar positivamente municípios com maiores necessidades de aporte para viabilizar a oferta de atenção à saúde em seu território.

Conforme Marques e Mendes (2002), o fato de os incentivos terem se tornado uma prática constante do Ministério da Saúde a partir de 1998 – com a instituição do PAB – e dos municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhes acrescentam receita financeira. Na medida em que esses recursos são vinculados aos programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF), não podendo ser redirecionados para outros fins na área da saúde, muitas vezes os municípios enfrentam situações onde falta o necessário até mesmo para manter sua rede de unidades básicas, quanto mais para os demais serviços de atenção à saúde. Isso é o reflexo da política tutelada da descentralização, que ao incentivara despesa em determinados programas, impede que os municípios definam livremente sua política de saúde, introduzindo o paradoxo da existência da “pobreza” em um quadro de recursos “abundantes” e garantidos pelos incentivos.

Ainda segundo Marques e Mendes (2002), em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, após inúmeras discussões com o CONASS e com o CONASEMS, aprovou a *Portaria n. 95*, de 26 de janeiro de 2001, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/2001 (MS, 2001). Essa portaria tem como objetivo, aprofundar o processo de regionalização como forma de “*garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis*”.

Essa norma busca avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Seu pressuposto é que a implementação do SUS depende da compatibilização de três princípios: a descentralização, com ampliação da responsabilidade dos municípios sob a gestão de seus sistemas de saúde; a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de uma abordagem supramunicipal e a hierarquização, por meio da estruturação de redes assistenciais resolutivas (MARQUES e MENDES, 2002).

Contudo, de certa forma, essa portaria segue a mesma lógica descrita anteriormente, isto é, usa o financiamento como o principal instrumento da política de saúde. É seu objetivo que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da Assistência à Saúde passe a ser transferida a estados e municípios, incentivando a ampliação das ações de Atenção Básica, a qualificação e responsabilização de microrregiões na assistência à saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor. Nessa perspectiva, a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde deve considerar critérios de racionalidade na organização de redes de referência regionais (MARQUES e MENDES, 2002).

Segundo Marques e Mendes (2002), dentre os vários fatores problemáticos da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), destaca-se a ampliação das ações e serviços da Atenção Básica. Isso reforça a convicção daqueles que consideram que a concepção de descentralização tutelada pela esfera federal e operada pelo financiamento continua persistindo. A NOAS, ao ampliar o Piso de Atenção Básica (PAB), denominado PAB-Ampliado, e ao alargar a responsabilidade de atuação dos municípios nesse campo, procura atrelá-la ao mecanismo de recebimento de incentivo financeiro.

Tendo em vista a escassez de recursos, em um ambiente de *superávits* primários crescentes exigidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), não é descabida a leitura de que a ênfase na Atenção Básica acabe por descuidar dos demais níveis de atenção à saúde. O “desfinanciamento” da alta e da média complexidade – sucateando a rede existente e/ou impedindo sua ampliação – não só impedirá que a população anteriormente não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais, como obrigará aquela – que atualmente tem acesso aos serviços e ações de Média e Alta Complexidade fornecidos pelo Estado – a buscar o setor

privado de saúde. Isso na hipótese dessa população ter renda para assim fazer e de esses serviços terem qualidade adequada (MARQUES e MENDES, 2002).

O financiamento das ações e programas de Atenção Básica em Saúde no Brasil é responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), segundo o Plano Nacional da Atenção Básica. Com as mudanças operacionalizadas a partir das Normas Operacionais Básicas 1996 (NOB 96), que instituiu as transferências fundo a fundo do governo federal para os governos estaduais e municipais, tendo como contrapartida a execução das ações e programas da atenção básica, instituindo assim uma nova forma de financiamento dos serviços de saúde, pretendia-se implementar o processo de descentralização no seu aspecto financeiro.

No entanto, percebe-se que apesar do aumento percentual dessas transferências fundo a fundo no total do orçamento da saúde o percentual gasto pela esfera federal em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), demonstrou redução no período de 1994 a 2005. Comparando-se os gastos referentes ao ano de 1994 ao de 2005 e tomando por base o PIB de 2005 de R\$2,148 trilhões, segundo o IBGE, apenas com a manutenção do percentual aplicado na saúde no ano de 1994 o governo federal deixou de investir aproximadamente R\$3,866 bilhões na saúde pública no ano de 2005. Dentre os fatores que ocasionaram tal situação podemos citar a política de ajuste fiscal que através de mecanismos como a Desvinculação das Receitas da União (DRU), busca alcançar por meio do contingenciamento orçamentário, as metas de superávit primário estabelecidas por esta política.

Conforme dados da tabela a seguir, nota-se o impacto dessas medidas a partir no total percentual gasto em saúde a partir da implantação do Plano Real, em 1994:

Tabela 4 - Gasto federal com Saúde, como percentual do PIB, Brasil 1994 a 2005.

Itens de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL (%)	1,94	1,95	1,65	1,8	1,69	1,85	1,82	1,85	1,85	1,73	1,78	1,76
Pessoal	0,34	0,38	0,30	0,27	0,24	0,24	0,23	0,21	0,21	0,23	0,22	0,20
Outras despesas correntes	1,37	1,27	1,04	1,12	0,82	0,79	0,67	0,64	0,59	0,48	0,34	0,31
Outros gastos diretos	0,06	0,08	0,06	0,08	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10	0,08	0,09	0,08
Transferência a estados e DF	0,12	0,12	0,07	0,09	0,10	0,13	0,20	0,23	0,26	0,29	0,41	0,45
Transferência a municípios	0,04	0,10	0,19	0,26	0,44	0,59	0,63	0,68	0,69	0,66	0,73	0,72

Fonte: IPEA/DISOC – estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

Analisando os gastos do Ministério da Saúde no período de 2004 a 2008, por tipo de nível de atenção à saúde, pode-se perceber um aumento dos valores gastos nos três níveis - Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade neste período. Verifica-se que os gastos com Atenção Básica tiveram um incremento de aproximadamente 23,68% tendo por base o ano de 2004, enquanto que os gastos com a Média e Alta complexidade foram acrescidos de 12,39% utilizando o mesmo critério.

Tabela 5 – Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde como proporção do gasto total do Ministério da Saúde – 2004 a 2008

Ano	% Gasto total atenção à saúde no gasto total MS	% Gasto do MS com Atenção Básica	% com Atenção de média e alta complexidade
2004	58,6	15,2	44,4
2005	58,8	15,9	43,9
2006	62,7	17,6	46,0
2007	64,8	18,0	47,8
2008	67,7	18,8	49,9

Fonte: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Subsecretaria de Planejamento e Orçamento: Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças.

Em relação aos gastos estaduais com Atenção Básica, apesar de serem também responsáveis pelo financiamento, observa-se uma enorme diferença entre os percentuais aplicados nesse nível de atenção à saúde. Conforme informações do Sistema de Informações de Orçamentos de saúde (Siops), dentre os anos de 2006 a 2010 os gastos com atenção básica pelos estados foram em média de 6,65% do total de recursos. Tal percentual apresenta muitas diferenças até mesmo em uma mesma região geográfica. Enquanto o Acre nesse mesmo período investiu em média 18,40% ao ano, dos recursos em Atenção Básica, o estado de Rondônia investiu apenas aproximadamente 6,37% em média.

Em relação aos gastos estaduais com Atenção Hospitalar e Ambulatorial foram de aproximadamente 42,79% no período analisado, apresentando uma alta de 41,84% em 2006 para 44,93% em 2010, tendo um incremento de 7,38% neste período. Já em relação à Atenção Básica entre 2006 e 2010 a média de gastos passou de 5,83% em 2006 para 6,57% em 2010, ou seja, um aumento de 12,69% nos gastos estaduais com atenção básica.

Tabela 6 - Gastos percentuais dos governos estaduais com Atenção Básica - 2006 a 2010

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	2006	2007	2008	2009	2010
ACRE	10,68	69,20	5,50	4,89	1,72
PARÁ	6,87	4,96	3,26	2,87	3,38
AMAPÁ	2,30	2,26	2,01	1,59	0,00
AMAZONAS	0,59	0,86	0,69	0,78	0,19
RONDÔNIA	0,28	0,12	10,60	11,17	9,68
TOCANTINS	0,88	1,98	0,77	0,16	1,06
RORAIMA	2,08	0,64	0,57	1,24	0,57
PARAÍBA	0,31	0,09	0,09	0,12	0,20
PERNAMBUCO	1,25	0,56	1,47	0,49	0,30
PIAUI	4,60	4,84	4,45	4,19	4,02
ALAGOAS	11,60	7,50	1,92	1,33	3,26
RIO GRANDE DO NORTE	1,85	0,27	0,05	0,00	0,38
CEARÁ	6,48	8,21	3,15	2,32	3,02
BAHIA	2,63	2,39	2,10	2,32	1,75
MARANHÃO	5,10	2,94	2,18	0,20	10,16
SERGIPE	7,62	9,34	24,54	17,09	22,21
MATO GROSSO	5,79	6,46	6,29	6,33	6,32
MATO GROSSO DO SUL	21,29	4,98	5,52	4,30	3,99
GOIÁS	0,02	2,66	3,09	0,00	3,50
DISTRITO FEDERAL	3,68	0,81	0,41	2,75	4,84
PARANÁ	30,94	66,95	64,80	66,98	70,45
SANTA CATARINA	0,40	0,90	3,46	5,69	3,44
RIO GRANDE DO SUL	11,88	5,65	7,42	5,70	5,46
ESPÍRITO SANTO	1,32	0,38	0,35	0,75	1,41
RIO DE JANEIRO	2,04	1,72	0,99	0,49	0,89
SÃO PAULO	0,40	0,36	0,45	0,24	0,27
MINAS GERAIS	14,58	19,43	19,65	17,20	14,99

Fonte: Sistema de Informações de Orçamento de Saúde – SIOPS

Os gastos municipais na Atenção Básica são provenientes basicamente das transferências diretas fundo a fundo do governo federal para os governos municipais. Os recursos apresentam no período de 2007 a 2010 verificaram um aumento uniforme em todas as regiões. Na região Norte e Nordeste o aumento foi de 45,68% no total de recursos no período. No Sudeste e Centro-Oeste os percentuais foram de 42,14% e 42,42%, respectivamente. Na região Sul o aumento dos recursos foi de 38,26%, o que pode ser minimizado já que as taxas de natalidade nesta região são menores e a Atenção Básica utiliza o critério per capita para a repartição de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB-Fixo).

Tabela 7 - Transferências direta Fundo-Fundo Atenção Básica - 2007 a 2010 (em Reais)

ANO	2007	2008	2009	2010
UF				
AC	44.060.139,21	49.551.083,29	54.018.242,69	57.463.066,52
AM	158.588.856,03	180.296.299,13	207.513.403,64	222.646.506,08
AP	30.060.464,85	35.352.827,59	42.412.876,52	45.693.003,54
PA	264.691.127,52	308.682.220,50	365.229.045,11	398.810.700,69
RO	69.259.232,14	81.081.849,61	91.632.477,36	99.318.779,14
RR	21.673.274,55	24.360.051,73	31.989.471,96	40.458.641,09
TO	85.349.205,93	94.925.082,87	109.223.594,10	117.000.037,97
NORTE	673.682.300,23	774.249.414,72	902.019.111,38	981.390.735,03
AL	156.167.409,98	179.421.421,01	208.405.013,64	219.737.038,02
SE	102.775.932,65	116.964.533,54	138.604.993,87	147.192.113,50
RN	170.233.299,41	191.901.465,42	221.127.283,52	236.463.374,89
MA	367.077.322,04	414.945.248,29	486.583.071,59	524.794.954,96
PB	233.237.595,78	265.022.079,46	313.671.829,54	336.515.019,62
PE	374.849.777,99	432.570.303,96	509.263.565,70	545.042.192,76
PI	198.829.265,15	224.556.020,08	260.513.112,88	277.815.713,93
BA	574.421.768,87	664.376.884,65	796.816.858,74	865.187.272,06
CE	352.872.279,80	403.584.178,59	486.012.062,85	533.542.933,53
NORDESTE	2.530.464.651,67	2.893.342.135,00	3.420.997.792,33	3.686.290.613,27
ES	123.620.804,20	138.976.136,53	158.576.465,24	171.232.654,17
MG	740.512.718,84	843.156.687,26	1.012.130.015,00	1.102.734.367,12
RJ	383.420.441,08	429.555.750,82	504.014.853,19	551.055.777,86
SP	967.814.533,81	1.064.102.051,53	1.235.459.906,38	1.323.811.675,96
SUDESTE	2.215.368.497,93	2.475.790.626,14	2.910.181.239,81	3.148.834.475,11
RS	296.426.415,83	328.574.429,79	379.020.588,24	399.346.050,63
SC	238.711.516,41	268.619.273,51	313.292.677,86	334.362.812,64
PR	360.302.617,74	403.965.815,34	473.767.564,28	504.372.085,22
SUL	895.440.549,98	1.001.159.518,64	1.166.080.830,38	1.238.080.948,49
MS	98.003.711,92	112.270.553,92	131.558.125,71	145.646.926,98
MT	149.125.574,75	166.068.343,02	190.076.226,04	202.621.604,07
GO	215.689.908,15	236.473.177,02	276.689.848,62	304.564.860,86
DF	42.127.711,10	44.984.001,32	58.791.174,12	66.288.493,27
CENTRO-OESTE	504.946.905,92	559.796.075,28	657.115.374,49	719.121.885,18

Fonte: Ministério da Saúde. Sala de Situação

5 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NA ATENÇÃO BÁSICA

O tema recursos humanos vem ocupando a agenda da política de saúde como ponto nodal para a implementação dos sistemas nacionais de saúde. Esses sistemas enfrentam desafios relativos tanto a aspectos quantitativos e de distribuição e fixação de profissionais como qualitativos, ambos referenciados à formação profissional (HADDAD *et al*, 2009).

A partir das décadas de 1960/1970, a área de formação profissional sofre uma importante inflexão: o *boom* do ensino superior verificado entre 1965 e 1975. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, esse período é marcado por uma extraordinária expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de escolas e do número de vagas. Nesse período ocorre expressiva procura de prestígio e ascensão social pelas camadas médias da sociedade, exercendo forte pressão para o desenvolvimento do ensino de terceiro grau no contexto de desenvolvimento econômico do País (HADDAD *et al*, 2009).

De acordo com Machado (2008), coerente com os preceitos neoliberais, o governo federal, na década de 1990, passou a adotar a política de liberação para abertura de novas instituições de formação universitária. Na saúde, esta medida provocou um boom de novas escolas de saúde no período compreendido entre 1995 e final de 2002; as escolas de medicina passam de 85 para 119; as de enfermagem, de 108 para 334; as de odontologia, de 89 para 161; as de farmácia, de 56 para 347. Sendo a saúde uma área de proteção e regulação do Estado, esta é uma questão delicada que precisa equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universalidade, as reais necessidades de novas escolas de saúde e os efeitos deste *boom*.

A expansão do setor saúde nas últimas décadas foi extraordinária: em 1980, o setor contava com apenas 18.489 estabelecimentos de saúde, 509.168 leitos e 573.629 empregos de saúde; em 2002, os números passaram para 67.612 estabelecimentos, 471.171 leitos (o único segmento que reduziu sua capacidade), e os empregos de saúde apresentaram crescimento vigoroso, contabilizando-se 2.180.598. Esse incremento do sistema de saúde continua, uma vez que dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam essa

direção, ao contabilizarem mais de 77 mil estabelecimentos de saúde e mais de dois milhões e quinhentos mil empregos de saúde. Em contrapartida, o comportamento no que se refere aos leitos se mantém em decréscimo, passando para 443.210 em 2005. Por sua vez, tais números ainda são mais expressivos na rede pública municipal: em 1980, essa rede contava com apenas 2.712 estabelecimentos e 47.038 empregos de saúde, passando para 42.549 estabelecimentos e 997.137 empregos em 2005 (MACHADO, 2005).

No entanto, do ponto de vista das regiões brasileiras, a expansão do sistema na década de 1990 foi bem diferenciada. A região Norte apresentou o maior crescimento no setor privado, uma vez que, em 1992, havia apenas 705 estabelecimentos privados, passando para 1.204 em 2005, crescimento de 71%. Já no setor público, a liderança do crescimento foi assumida pela região Centro-Oeste, onde havia 1.565 estabelecimentos públicos em 1992, passando para 3.413 em 2005, o que mostra incremento de 118% (MACHADO, 2008).

De acordo com Haddad et al (2009), a política expansionista do setor educacional reconfigurou o mercado de trabalho na área, que, a despeito de acompanhar as tendências de “expansão”, trouxe um desequilíbrio, entre oferta e demanda. Esse desequilíbrio, que tem como consequência prática o rebaixamento da remuneração desse trabalho, leva as categorias mais estruturadas, como os médicos, a várias formas de exercício multiprofissional. Tal cenário indica a urgente necessidade de articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde.

A municipalização da atenção à saúde e a ampliação das políticas de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, demandaram a necessidade de incremento do número de trabalhadores com perfil específico. Um dos maiores entraves para a implementação desse modelo é a formação dos profissionais, que sofre influência histórica da ideologia flexneriana⁴ e cognitivo tecnológica, com ênfase na assistência e nas especialidades, não atendendo às necessidades e concepções da proposta. Questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades. Diversas pesquisas têm demonstrado a alta

⁴ Ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial. Organização da assistência médica em especialidades.

rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil, a qual gera o aumento de custos de reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (CALVO, LACERDA e SCALCO, 2009).

Questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades. Diversas pesquisas têm demonstrado a alta rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil, a qual gera o aumento de custos de reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (CALVO *et al*, 2009).

A oferta de empregos públicos é comandada pelo setor municipal, representando mais da metade de todos os empregos no setor, comportamento este presente em todas as regiões. Há que registrar ainda que o processo de municipalização tenha sido desigual nas regiões: enquanto as regiões Sul e Nordeste apresentam índices acima de 70% de emprego municipal, as regiões Norte e Centro-Oeste se mostram mais acanhadas, com percentuais menores (MACHADO, 2008).

A gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem a contratação dos trabalhadores, a capacitação, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado. Tomar decisões nessa área implica modificar determinadas realidades, processos, estruturas de trabalhos, direitos e deveres, afetando a vida dos trabalhadores (CALVO *et al*, 2009).

Nos últimos anos, observou-se no país o delineamento de uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de transformar a avaliação em uma estratégia no cotidiano dos gestores e profissionais. A institucionalização da avaliação está associada ao desafio de consolidação do SUS por meio da qualificação das práticas, possibilitando maior resolutividade na atenção básica. Diante desse cenário, desenvolveu-se uma proposta de modelo de avaliação da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica. Esse modelo poderá servir como instrumento para visualização da aplicação das políticas nessa área, subsidiando a tomada de decisões nos diferentes níveis de gestão da saúde. (CALVO *et al*, 2009).

A “fixação dos trabalhadores no município” fundamentou-se na constatação de que altas taxas de rotatividade prejudicam o funcionamento dos serviços e geram custos desnecessários. Mudanças constantes de profissionais podem gerar interrupção nas atividades e dificultar o vínculo dos profissionais com os pacientes e a comunidade. Significa que a gestão não está conseguindo equilibrar as necessidades e expectativas dos profissionais com as dos serviços (CALVO *et al*, 2009).

Segundo o CONASS (2007), com a importância que atualmente é atribuída à Atenção Básica e com a expressiva expansão da Estratégia da Saúde da Família, faz-se necessário acelerar os processos de mudanças na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, cumprindo assim uma das competências dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta é uma questão diretamente relacionada à qualidade da Atenção Básica e a sustentabilidade da Estratégia da Saúde da Família e que exige o estabelecimento de parcerias sólidas e duradouras com as instituições formadoras. Compete aos gestores apontar e definir as demandas que sejam coerentes com as reais necessidades dos serviços de saúde e que expressem os interesses da sociedade, rompendo com práticas onde o mercado e os interesses corporativos dirigem o processo de formação e de especialização dos profissionais de saúde.

Vale destacar que o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de médicos com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de expansão em curso. Mesmo com o esforço do aumento de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), muitas delas nem mesmo são preenchidas. O que se espera são passos concretos dos órgãos formadores para a criação de estruturas que sejam o espaço desses profissionais nas universidades. Nesse sentido, aponta-se que as experiências internacionais mais recentes como Canadá e Espanha passaram pela criação de departamentos de medicina de família nas faculdades de medicina como um importante definidor da decisão política de se avançar na consolidação e reconhecimento desses profissionais (CONASS, 2007).

Segundo Castro e Machado (2010), a preocupação com a formação dos profissionais que atuam na atenção básica incluiu as pós-graduações *lato sensu*. Em 2007, foi publicada a portaria que dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Essa portaria é resultado da luta do movimento dos residentes multiprofissionais em saúde, que buscava o reconhecimento formal desta modalidade de ensino.

5.1 Impactos da distribuição geográfica do médico na Atenção Básica

Segundo Machado (2006), apesar de políticas específicas de governo no sentido de reduzir a concentração de profissionais nos grandes centros, a ausência dos mesmos em municípios pequenos é um grande problema nacional. A relação médico/habitantes é exemplar para o entendimento desta problemática: no Brasil, há um médico para 594 habitantes; na região Norte, 1/1.190; no Nordeste, 1/1.027; no Sudeste, 1/132; no Sul, 1/597; e no Centro-Oeste, 1/510. Estima-se em 1.500 o número de municípios que não tem médicos trabalhando e residindo neles, levando os gestores a contratações compartilhadas, um mesmo profissional atua em dois ou três municípios vizinhos.

Segundo Andrade e Póvoa (2006), a distribuição geográfica dos médicos influencia o bem-estar social uma vez que estes são os principais provedores dos serviços de saúde. Contudo, a distribuição dos médicos resultante do processo individual de escolha locacional nem sempre coincide com a distribuição considerada socialmente adequada. O que muitas vezes se observa é que, mesmo que a oferta total de médicos em um país apresente uma relação médico/habitante adequada, a distribuição desses profissionais tende a ser concentrada em certas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado.

Segundo Giovanella e Mendonça (2006), no Brasil a disponibilidade de profissionais de saúde atuantes em qualquer serviço de saúde – vinculados ao SUS ou à saúde suplementar – apresenta muitas desigualdades regionais, variando de 2,3 médicos por mil habitantes, na região Sudeste, a 0,8 médicos por mil habitantes, na região Norte, a mais desfavorecida. Observa-se, todavia, leve tendência à redução dessas desigualdades regionais com incremento nas regiões desfavorecidas. Em 2002, a relação de médicos por mil habitantes na região Norte era de 0,6 e na região Sudeste, de 2,1.

Conforme dados do Ministério da Saúde constantes na Tabela 6 verifica-se o aumento do percentual de médicos por mil habitantes em todos os estados no período de 1990 a 2008. Observa-se também uma desconcentração de profissionais médicos na região Sudeste, passando de 60,07% do total de profissionais em 1990 para 56,92% do número de médicos do país. No mesmo período as regiões Centro-Oeste e Norte foram a que tiveram o maior incremento passando de 5,62% para 7,35% e de 2,73% para 4,07%, respectivamente, no período analisado.

Tabela 8 - Relação de médicos por 1.000 habitantes por estado no Brasil - 1990 a 2008

Unidade da Federação	1990	1995	2000	2005	2008
Região NORTE	0,46	0,50	0,42	0,82	0,92
Rondônia	0,36	0,39	0,04	0,80	0,93
Acre	0,26	0,36	0,52	0,81	0,95
Amazonas	0,47	0,51	0,53	0,92	1,04
Roraima	0,22	0,27	0,57	1,06	1,28
Pará	0,51	0,52	0,51	0,74	0,79
Amapá	0,26	0,33	0,40	0,82	0,93
Tocantins	0,47	0,71	n.d.	0,97	1,21
Região NORDESTE	0,65	0,73	0,81	0,99	1,06
Maranhão	0,35	0,39	0,42	0,56	0,62
Piauí	0,46	0,50	0,57	0,78	0,85
Ceará	0,61	0,68	0,72	0,90	0,98
Rio Grande do Norte	0,74	0,85	0,89	1,18	1,25
Paraíba	0,77	0,85	0,92	1,14	1,20
Pernambuco	0,85	0,95	1,06	1,30	1,36
Alagoas	0,81	0,88	0,94	1,14	1,14
Sergipe	0,69	0,78	0,83	1,13	1,28
Bahia	0,64	0,72	0,84	0,97	1,04
Região SUDESTE	1,58	1,80	1,97	2,28	2,43
Minas Gerais	0,99	1,19	1,35	1,63	1,76
Espírito Santo	1,16	1,31	1,33	1,74	1,89
Rio de Janeiro	2,57	2,87	3,00	3,35	3,40
São Paulo	1,50	1,71	1,92	2,23	2,42
Região SUL	1,09	1,28	1,43	1,73	1,89
Paraná	0,92	1,10	1,20	1,53	1,66
Santa Catarina	0,78	0,95	1,09	1,53	1,77
Rio Grande do Sul	1,40	1,61	1,84	2,02	2,18
Região CENTRO-OESTE	0,99	1,11	1,24	1,68	1,83
Mato Grosso do Sul	0,80	0,93	1,01	1,34	1,53
Mato Grosso	0,54	0,57	0,64	1,07	1,15
Goiás	0,85	0,96	1,07	1,39	1,52
Distrito Federal	2,12	2,40	2,64	3,42	3,62
BRASIL	1,12	1,27	1,39	1,68	1,80

Fonte: Ministério da saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF – Conselhos profissionais
Disponível em: <http://tabne.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/e01.def>

De acordo com Giovanella e Mendonça (2008), não existe norma global quanto ao número ideal de médicos, pois a necessidade desse profissional está condicionada à forma de organização do sistema de serviços de saúde e da participação e distribuição de tarefas com outros profissionais na equipe. Ainda assim, a comparação internacional permite mostrar que a oferta de médicos é insuficiente em diversas regiões do país.

Tabela 9 - Relação de médicos por 1.000 habitantes nos 15 países de maior PIB - 2009

Países	Ano	Número de Médicos	População do país	Relação Médico por 1.000 habitantes
Estados Unidos	2004	793.648	307.007.000	2,59
Japão	2006	264.515	127.560.000	2,07
China	2009	1.905.436	1.331.460.000	1,43
Alemanha	2008	292.129	81.880.000	3,57
França	2009	213.821	62.616.000	3,41
Reino Unido	2009	165.317	61.838.000	2,67
Itália	2009	246.834	60.221.000	4,10
BRASIL	2007	329.041	193.734.000	1,70
Espanha	2009	162.600	45.958.000	3,54
Índia	2006	660.801	1.155.348.000	0,57
Canadá	2006	62.307	33.740.000	1,85
Rússia	2006	614.183	141.850.000	4,33
Austrália	2009	62.800	21.875.000	2,87
México	2004	303.519	107.431.000	2,83
Coréia do Sul	2008	95.013	48.747.000	1,95

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009

Conforme Andrade e Póvoa (2006), o entendimento dos determinantes da distribuição geográfica dos médicos tem sido objeto de estudo em vários países. Os principais fatores destacados na literatura como sendo importantes na escolha locacional do médico são as oportunidades de mercado de trabalho disponíveis para o cônjuge, caso seja casado, e o local onde o médico recebeu seu treinamento, ou seja, onde fez a graduação e/ou sua residência médica. Do ponto de vista de política pública, o entendimento dos determinantes da distribuição geográfica dos médicos é fundamental, uma vez que a evidência empírica sugere que os mecanismos de mercado são insuficientes para garantir uma distribuição geográfica ótima que atenda, ao mesmo tempo, aos parâmetros técnicos (redução de custos decorrentes

do tamanho do estabelecimento de saúde e do número de serviços nele prestado) e às necessidades de acesso. Deste modo, a regulação da oferta de ensino médico pode gerar ganhos de bem estar social.

Ainda segundo Andrade e Póvoa (2006), há uma relação positiva entre o número de médicos por mil habitantes em um estado e o seu PIB *per capita*. Em cada região, os Estados com o maior PIB *per capita* são também os que possuem os mais elevados números de médicos por mil habitantes. O Maranhão era o Estado com menor número de médicos por mil habitantes em 2001 (0,65) e o que possuía o menor PIB per capita (R\$ 1.629,00), enquanto, no outro extremo estava o Distrito Federal, com 5,54 médicos por mil habitantes e um PIB per capita de R\$ 14.425,00.

5.2 Distribuição dos cursos de Medicina da Família e Comunidade

O progresso científico experimentado no campo das biociências a partir da década de 1950 e a crescente incorporação de tecnologias industrialmente produzidas no âmbito da prática médico-hospitalar reforçavam o papel central de especialistas focais e o prestígio de um modelo assistencial tecnicista que no Brasil girava em torno da medicina previdenciária (ANDERSON, 2008).

No seu início, a Medicina de Família e Comunidade – MFC (em alguns países, apenas Medicina de Família) enfrentou dificuldades para se estabelecer como especialidade. Na Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, ela já desfruta de algum reconhecimento no campo médico, mas pouca valorização da carreira, insuficiente qualificação profissional, baixa remuneração, pouco prestígio social e deficiência de programas de pós-graduação *stricto sensu* foram obstáculos que precisaram ser superados (LIRA; MIRANDA e NETO, 2009).

De acordo com Anderson e Rodrigues (2008), a formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) teve início no Brasil em 1976, quando foram criados três programas de residência médica que tinham como propósito formar especialistas no campo da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ainda segundo Anderson e Rodrigues (2008), praticamente todos os programas de residência médica constituídos até então estavam voltados para a formação de especialistas focais, visando suprir as necessidades do modelo

assistencial hospitalocêntrico, hegemônico no País. Portanto, aqueles programas pioneiros de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), denominação que passou a vigorar após nova Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) em 2001, foram instituídos na contramão das políticas de saúde e educação, àquela altura inteiramente voltada para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

Contudo, foi com a criação e a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que a MFC ganhou destaque, sendo incorporada às políticas públicas de saúde no País. O PSF foi inicialmente formulado como programa vertical para as regiões Norte e Nordeste, com o objetivo de barrar a epidemia de cólera no início dos anos 1990. Desta feita, em janeiro de 1994 foram criadas as primeiras equipes e PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde. Desde então, e principalmente a partir de 1998, o PSF deixou de ser um programa para populações excluídas do consumo de serviços de saúde, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, ela tem demandado políticas educacionais no âmbito da graduação e da pós-graduação para a formação de recursos humanos com perfil adequado à consecução da estratégia (LIRA; MIRANDA; NETO, 2009).

Além disso, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) tem ampliado o seu número de sócios nos últimos anos, além de ter a prerrogativa de conceder o título de médico especialista em MFC por meio da Prova de Título da SBMFC. De 2004 ao primeiro semestre de 2006, mais de 600 médicos obtiveram o Título de Especialista em MFC por essa prova de títulos.

De acordo com Lira, Miranda e Neto (2009), a trajetória brasileira de consolidação da MFC como especialidade médica, tal como apresentada, partindo da necessidade de reorganização do sistema de saúde para o tensionamento do aparelho formador, questionando-lhe a adequação dos currículos profissionais, também tem sido observada em outros países, como a Espanha.

Ainda de acordo com Lira, Miranda e Neto (2009), algumas das soluções encontradas internacionalmente para o fortalecimento da MFC estão sendo ensaiadas no Brasil, entre as quais: a acreditação de programas de formação e de reconhecimento da especialidade (residências, pós-graduação *stricto sensu*, educação continuada, certificação do médico de família); melhoria das condições de

trabalho e estímulo à pesquisa na atenção básica; melhoria salarial; e presença da Medicina de Família nas universidades.

De acordo com Bolze *et al* (2009), dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (Siab), em maio de 2007 já existiam mais de 27 mil Equipes de Saúde da Família (EqSF), enquanto o número de médicos com formação em Saúde da Família não chega hoje a 2.800 (www.mec.gov.br). Isto significa que a maioria dos médicos que trabalham como Medicina de Família e Comunidade na verdade só exercem tal função, sem formação específica. A dificuldade de encontrar profissionais capacitados para ocupar os postos de trabalho abertos poderia alocá-los nos grandes centros urbanos ou municípios capitalizados, com poder de oferecer melhores salários.

Em 2004, existiam no Brasil 324.444 vínculos de trabalho médico cadastrados no CNES, sendo 21.823 (6,7%) vínculos em Medicina da Família e comunidade. (BOLZE *et al*, 2009).

O flagrante desprestígio da Atenção Primária em Saúde, diante desta verdadeira ideologia de excelência médica constituída em torno da medicina hospitalar, caiu pesadamente sobre os programas pioneiros de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC). Mais do que descrédito, havia obstáculos e resistências que, em alguns círculos persistem até os dias de hoje (ANDERSON, 2008).

5.3 Educação Permanente na Atenção Básica

Segundo Campos *et al* (2006), as modificações decorrentes do intenso processo de mudança experimentado pelos sistemas nacionais de saúde em todo o mundo ocidental, principalmente a partir dos anos 80 do século passado, incidiram fortemente sobre a área de Recursos Humanos, impondo-lhe transformações importantes, tais como: novas formas de contratação, novas funções e áreas de competência, mudanças na organização do trabalho e na conformação das equipes de saúde, mudanças nos sistemas de incentivo, e ênfase no desempenho e avaliação. Ao mesmo tempo, houve importante competição institucional, objetivando maior resolutividade, produtividade e qualidade do serviço, enfatizando a

necessidade de aprimorar as funções de regulação dos processos de desenvolvimento de recursos humanos.

Ainda segundo Campos *et al* (2006), no cenário da formação educacional, destacam-se, pelo menos, dois aspectos que têm merecido a atenção dos formuladores e gestores da política e dos programas de saúde. O primeiro refere-se à necessidade crescente de adequar os antigos currículos das escolas médicas e de enfermagem às mudanças sociais, aos novos perfis epidemiológicos e às demandas dos serviços. O segundo refere-se ao descompasso entre os serviços que configuram o primeiro nível de atenção e a suficiente disponibilidade de pessoal preparado para atender às necessidades de saúde da população.

Conforme Machado (2008), coerente com os preceitos neoliberais, o governo federal, na década de 1990, passou a adotar política de liberação para abertura de novas instituições de formação universitária. Na saúde, esta medida provocou um *boom* de novas escolas de saúde no período compreendido entre 1995 e 2002; as escolas de medicina passam de 85 para 119; as de enfermagem, de 108 para 334; as de odontologia, de 89 para 161; as de farmácia, de 56 para 347. Sendo a saúde uma área de proteção e regulação do Estado, esta é uma questão delicada que precisa equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universalidade, as reais necessidades de novas escolas de saúde e os efeitos deste *boom*.

Atualmente, a necessidade de alcançar os objetivos de extensão da cobertura, de criar novos modelos de atenção, de enfatizar o trabalho loco-regional com equipes multiprofissionais e de empreender ações eficazes de vigilância e prevenção torna visível e inquestionável a necessidade de repensar os conteúdos, objetivos e formatos educacionais historicamente predominantes (CAMPOS *et al*, 2006).

Segundo Machado (2008), o grau de escolaridade se elevou não só com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior (novas profissões inserindo-se na equipe) e pelo crescimento do pessoal técnico, como também pela qualificação da equipe de enfermagem. Hoje, a composição dos empregos de saúde é a seguinte: nível superior, 33,5%; técnico/auxiliar, 28,6%; elementar, 11,2% e administrativo, 26,7%.

Na questão da capacitação de recursos humanos, percebe-se que apesar do aumento do número de profissões de nível superior na área de saúde, o percentual

do nível básico teve um forte aumento devido à expansão da Estratégia da Saúde da Família e o conseqüente aumento do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são responsáveis pela alimentação dos sistemas de informação. Tal fato obriga os gestores em todos os níveis (federal, estadual e municipal) a implementar cursos de capacitação em diversas áreas, inclusive informática a todo esse contingente de novos servidores.

Devido em parte pela formação profissional direcionada a assistencial médica hospitalar dos profissionais em saúde, à atenção básica possui um quadro reduzido de profissionais com qualificação específica para este nível de atenção à saúde. Esta situação agrava-se nas regiões com uma reduzida rede hospitalar (nível secundário e terciário), pois os profissionais que atuam na rede básica têm a sua formação concentrada nos grandes centros, devido à maior quantidade de instituições de ensino em saúde tanto pública quanto privada.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O processo de redemocratização iniciado no Brasil na década de 1980, e que teve na Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã” um resumo de todos os anseios da sociedade da época, constitui através da pressão de grupos sociais organizados um sistema de saúde de caráter universal, proporcionando assim o direito a todos a uma saúde gratuita, em contraponto ao modelo até então vigente marcado pelo regime previdenciário onde apenas os trabalhadores assalariados que contribuíam para a previdência social possuíam direito irrestrito aos serviços de saúde pública.

Se por um lado houve pressão para a criação de um modelo de saúde pública de caráter gratuito e universal, para a prestação de serviços de saúde a amplas camadas da população que até então estavam sem a proteção estatal, por outro lado grupos antagônicos que nas décadas anteriores tiveram o seu crescimento amparado em financiamentos e subsídios estatais e ainda hoje mantêm forte vínculo e dependência através dos mecanismos de convênio para a prestação de serviços ambulatoriais também exerceram e ainda exerce forte pressão para a manutenção e até mesmo a ampliação do modelo baseado na assistencial médico-hospitalar, onde se inserem os níveis de média e alta complexidade.

Tal pressão fica clara com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois um sistema de caráter universal tem prioritariamente suas atividades, financiamento e profissionais de saúde sobre a égide do Estado, algo que atualmente não ocorre em decorrência da estrutura herdada do regime previdenciário que esteve presente por décadas no Brasil e atualmente encontra nos planos de saúde individuais e coletivos a segmentação de classes que caracterizava tal modelo.

Apesar de a lei 8080/90 considerar o setor privado como complementar ao sistema público de saúde, o que ocorre na verdade é a concorrência por um segmento dos usuários dos serviços de saúde que dispõem de recursos financeiros para o pagamento de serviços diferenciados, basicamente no aspecto da hotelaria. Ou seja, relacionam-se mais a qualidade das instalações do que propriamente a complexidade e resolutibilidade dos procedimentos hospitalares.

Enquanto no Brasil o setor público regulamentou a implementação e expansão da atenção básica através da estratégia da Saúde Família principalmente

nas regiões Norte e Nordeste onde atualmente temos as maiores coberturas em termos percentuais da população, no nível da Média e principalmente Alta Complexidade coube ao setor privado de acordo com os seus interesses e não levando em consideração o perfil epidemiológico da população o planejamento na alocação e ampliação da rede de atendimento médico-hospitalar, sempre contando com os subsídios governamentais na sua implantação o que gerou ainda mais iniquidade no acesso aos serviços essenciais de saúde pública. Tal modelo gerou distorções na organização dos serviços públicos, pois o setor privado e até alguns gestores públicos priorizaram a prestação de serviços com maior remuneração deslocando-se desta forma a maior parte dos recursos públicos para o atendimento de regiões mais desenvolvidas e com maior quantidade de equipamentos hospitalares, negligenciando a ampliação da rede básica de saúde.

Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), as regiões Norte e Nordeste em 2006 foram responsáveis por 7,7% e 28,2% dos procedimentos ambulatoriais na atenção básica totalizando 35,9% do total de procedimentos enquanto representavam aproximadamente 35,5% da população brasileira, enquanto a região Sudeste com 42,25% do total da população brasileira foi responsável por 42,5% dos procedimentos deste nível de atenção à saúde. Em relação aos procedimentos de alta complexidade as regiões Norte e Nordeste foram juntas responsáveis por 21,0% do total de procedimentos enquanto a região Sudeste representou 56,8% do total. Percebe-se desta forma uma desigualdade entre o efetivo populacional das regiões e o total percentual de procedimentos de alta complexidade, o que decorre da distribuição desigual dos equipamentos hospitalares.

Além do alto custo destes procedimentos deve-se mencionar também que muitas vezes são realizados atendendo apenas interesses de fornecedores e estabelecimentos privados de saúde. Observa-se também que tal distorção é resultado da concentração espacial de instalações e equipamentos de diagnóstico e terapia.

Enquanto algumas regiões possuem quantitativo de equipamentos comparáveis aos países europeus em outras regiões principalmente no Norte e Nordeste observam-se imensos vazios em relação a sua disponibilidade, o que compromete o princípio da integralidade na prestação dos serviços de saúde no Brasil. O estado do Paraná, por exemplo, possui uma relação de 3,1 equipamentos

de raios-x por mil habitantes enquanto o Amapá possui 0,7 equipamentos por mil habitantes.

Apesar de a atenção básica ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde no Brasil tais desigualdades nos demais níveis de atenção (média e alta complexidade) traz como consequência à baixa efetividade das ações e programas de saúde.

Outro ponto a ser analisado é a priorização dos procedimentos no nível básico através de ações e programas preventivos de agravos e doenças. No entanto os estados em média são responsáveis por 53,7% dos procedimentos de Média Complexidade e por 89,9% dos procedimentos de Alta Complexidade o que de certa forma inviabiliza uma maior participação no financiamento da Atenção Básica em saúde, cabendo aos municípios através das transferências fundo-fundo a responsabilidade pela execução deste nível de atenção.

Como demonstrado no trabalho o financiamento da saúde pública no Brasil ao contrário de outros sistemas universais de saúde é composto em sua maior parte por gastos privados, o que mais uma vez torna o nosso sistema menos acessível à maior parte da população. Tal fato traz consequências principalmente a população que não possui renda para adquirir planos privados de saúde ou realizar pagamentos diretos de tais serviços e depende exclusivamente do SUS.

Apesar do progresso na descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas com a criação das comissões intergestores (tripartite e bipartite), novas arenas de discussão e uma distribuição do poder decisório a um número maior de atores, verificam-se ainda uma forte centralização na regulação e determinação das diretrizes no planejamento da saúde pública no Brasil. O governo federal através do Ministério da Saúde utiliza-se do mecanismo de transferências orçamentárias para as ações e programas da Atenção Básica, para determinar as prioridades a serem executadas neste nível de atenção. Explica-se em parte tal conduta devido ao porte e infra-estrutura instalada na maioria dos municípios brasileiros, pois aproximadamente 56% têm apenas 54 anos de existência e 80% possuem até 30.000 habitantes. Diante disso e da pouca infra-estrutura instalada nas áreas de recursos humanos, insumos materiais e até instalações físicas se fez e ainda verifica-se a necessidade de uma normatização de procedimentos a serem adotados buscando a efetividade das políticas de saúde.

No entanto a participação popular no processo de planejamento através da participação dos conselhos estaduais e municipais de saúde faz-se necessária tendo em vista à particularidade da atenção básica, que além do cuidado individual preconiza também o cuidado coletivo e a participação no processo de prevenção dos agravos da comunidade onde se encontra inserida as equipes de saúde da família.

Em relação aos sistemas de informação, estes também são regulados pelo Ministério da Saúde que os administra através do seu departamento de tecnologia da informação, o DATASUS. Cabe aos estados e principalmente aos municípios a alimentação dos sistemas com os dados das ações e programas executados pelas equipes. Durante esse processo é de fundamental importância a verificação dos dados informados para que quando consolidados possam servir para o planejamento e se necessário a correção das ações e programas da atenção básica.

No Brasil o movimento da Reforma Sanitária aponta a Atenção Básica como forma de mudança no modelo assistencial. De fato nas últimas décadas verifica-se um esforço do governo federal na implementação de estratégias para a sua expansão, como a Estratégia da Saúde da Família, que apesar de todas as dificuldades apresentadas desde a sua implantação a partir da década de 1990, vem de forma gradual e contínua aumentando a sua participação no atendimento das necessidades de saúde, em especial nas regiões mais carentes do país.

Desta forma a universalidade do atendimento da Atenção Básica além de proporcionar uma maior equidade no acesso, pois a sua formatação possibilita uma maior capilaridade dos serviços básicos procura também a redução da dependência e até mesmo do número absoluto de internações na rede hospitalar.

No entanto a atual formação acadêmica dos profissionais de saúde e a estrutura funcional dos órgãos públicos de saúde ainda direcionados ao modelo hospitalar dificulta sobremaneira a execução de uma política em atenção básica.

Apenas com medidas efetivas de capacitação profissional com foco na formação em saúde da família tanto de profissionais de nível superior, como por exemplo, a especialização dos médicos em Medicina da Família e Comunidade (MFC), através de aumento do prestígio e políticas de cargos e salários que o coloquem em situação de igualdade com as outras especialidades da área médica.

Além disso, a aceleração do processo de mudança curricular já em curso como forma de elevar o percentual de profissionais com capacidade específica para

a atenção básica que atualmente não chega a 20% do total de médicos atuantes no Programa Saúde da Família (PSF), tendo implicações na alta rotatividade do profissional médico.

A área de saúde possui uma característica peculiar em relação a outros setores da economia. Apesar do crescente emprego de tecnologia na área de saúde verifica-se o emprego intensivo de mão de obra em suas atividades. No entanto observa-se uma concentração excessiva de profissionais em municípios de mais de 100.000 habitantes que apesar de representarem apenas 4% do total de municípios e 51,4% da população brasileira detêm 64,7% dos empregos na saúde. Por outro lado os municípios com até 50.000 habitantes onde vivem 36,1% da população concentram apenas 24,7% dos empregos. Tal concentração privilegia as localidades que possuem instalações hospitalares de maior complexidade, pois os profissionais de saúde podem ter mais de um vínculo empregatício, algo que é dificultado pela estrutura dos pequenos municípios e pela distância geográfica entre eles.

Assim, mais uma vez percebe-se a importância do modelo centrado na atenção básica, pois a maior cobertura da rede assistencial através da ação das equipes de saúde tem por objetivo reduzir a dependência das instalações hospitalares que boa parte dos municípios brasileiros não possui.

Concluindo que apesar do tempo reduzido para uma investigação mais apurada dos fatos e conseqüências das políticas de saúde no Brasil, na equidade no acesso aos serviços de saúde, o presente trabalho buscou apresentar dentro dos aspectos abordados possibilidades de mudança do atual modelo assistencial para o modelo com foco na Atenção Básica em Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, M.I.P; RODRIGUES, R.D; **Formação em Medicina de Família e Comunidade**. Cadernos ABEM • Volume 4 • Outubro 2008 30-37. Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_maria_ines.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011

ANDRADE, M.V; PÓVOA, L. **Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 1555-1564, ago, 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/04.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011.

BITTAR, T.O ET AL. **O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde**. RFO, v. 14, n. 1, p. 77-81, janeiro/abril 2009. Disponível em: http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf Acesso em: 20 jun 2011.

BOLZE, M.G; FISHERL, P.D; MISOCZKYL, M.C. A; BORDINL, R. **Vínculos Empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil**. Revista Bras. de Educação Médica, 406 34 (3): 406–411; 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/10.pdf> >. Acesso em: 10 jun 2011

CAMPOS, C.E.A; **A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade Rio de Janeiro, v.2, nº 6, jul / set 2006 131-147. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/media/file/revista/revista_06.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

CAMPOS, F. E; PIERANTONI, C.R; ÁVILA, A.V; FARIA R.M.B; HADDAD, A.E. **Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS** . Cadernos RH Saúde, vol.. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília, 2006 – Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em 10 jun 2011

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, abr, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2011

CONASS – **Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS – Atenção Primária e promoção da saúde**, v. 03, 2011, Brasília. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2011

CONASS – **Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS, O financiamento da Saúde**, v. 02, 2011, Brasília. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%202.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011

CONILL, E.M., **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2011

FELISBERTO, E. **Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 317-321, jul. / set., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>> Acesso em: 20 mai 2011

FELISBERTO E. *et al.* **Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6): 1079-1095, jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/03.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2011

FERNANDES, L.C.L; MACHADO, R.Z; ANSCHAU, G.O. **Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica** Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1541-1552, 2009 Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a28v14s1.pdf>>. Acesso em 15 jun 2011

FREITAS, F.P; PINTO, I.C. **Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da Atenção Básica – SIAB**. Revista Latino-americana de enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):547-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>> Acesso em 15 jun 2011

GERSCHMAN, S; VIANA, A.L.A. Descentralização e desigualdades em tempos de hegemonia liberal In: Nívia Trindade Lima et al (orgs.) **Saúde e Democracia – História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 307-351, 2008.

GIOVANELLA, L. **A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990**, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 951-963, mai, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/08.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2010

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Lígia Giovanella et al (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 575-625, 2008.

HADDAD, A. E. et al. **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 383-393 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1482.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2011

HEIMANN, L. S; MENDONÇA, M.H; A trajetória da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Nívia Trindade Lima et al (orgs.) **Saúde e Democracia – História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 481-502, 2008.

MACHADO, M.H; Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: In: Francisco Eduardo Campos, Maria Helena Machado, Célia Regina Pierantoni (orgs.) **Cadernos RH Saúde**, volume 3, n. 1 Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 20 jun 2011.

MACHADO, M.H; Trabalho e emprego em saúde. In: Lígia Giovanella et al (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 309-330, 2008.

MACHADO, C.V; LIMA, L.D; VIANA, L.S; **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil**, Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/10.pdf>>. Acesso em 10 mai 2011.

MARQUES, R.M; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Supl.): 163-171, 2002 Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13802.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011

MELAMED, C; COSTA, N.R. **Inovações no financiamento federal à Atenção Básica**. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (2): 393-401, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a06v08n2.pdf>>. Acesso em: 30 mai 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Avaliação do Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Projetos, Programas e Relatórios, Brasília, 2004 Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/Livro_PlanejaSUS_WEB.pdf>. Acesso em: 20 jun 2011

NETO, P.G.C; LIRA, G.V; MIRANDA, A.S; **Interesse dos Estudantes pela Medicina de Família: Estado da Questão e Agenda de Pesquisa**. *Revista Brasileira de Educação Médica* 199 33 (2): p. 198 – 204; 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/06.pdf>> Acesso em 20 jun 2011

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Lígia Giovanella et al (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 435-472, 2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 201-213, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.33%2C+N.82+-+maio%2Fago.+2009&pesq=&x=72&y=15> Acesso em: 03 mar 2011

SCALCO, S.V; LACERDA, J.T; CALVO, M.C.M. **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (3):603-614, mar, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/17.pdf>> Acesso em 03 abr. 2011.

SENNA, M.C.M; **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Sup):203-211, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13806.pdf> Acesso em: 20 jun 2011.

SOLLA, J.J.S.P. et al. **Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde.** Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, 7 (4): 495-502, out. / dez., 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2011

TRAVASSO, C; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Lígia Giovanella et al (orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, P. 215-243, 2008.

TEIXEIRA, V.H; TEIXEIRA G.M. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops,** Ciência & Saúde Coletiva 8 (2): 379-391, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

VIANA, A.L.A; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. **Política de Saúde e Equidade.** São Paulo em Perspectiva, 17(1): 58-68, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2011

UGÁ, M.A.D; PORTO, S.M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Lígia Giovanella et al (orgs.) **Políticas e Sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 435-472, 2008.