

## 5.05

### **Os desafios da Atenção Básica para consolidação do SUS e da garantia dos direitos sociais à saúde.**

*The challenges of primary health care to consolidate the SUS and the guarantee of social rights to health.*

**Janaina Rodrigues Cardoso**

Cirurgião dentista, mestranda em saúde coletiva. Ministério da Saúde. Brasília, Brasil.

**Resumo:** O Brasil optou por um sistema de saúde universal, estabeleceu no art. 6º da Constituição Federal de 1988 o direito social à saúde, e escolheu a Atenção Básica como modelo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) para atingir esse objetivo. A forma de atuação das Equipes de Saúde da Família tem sido fundamental para o sucesso desse modelo. Não obstante a Atenção Básica ser o modelo ideal de organização dos serviços de atenção à saúde para se alcançar efetivamente o direito social à saúde, a implementação desse modelo enfrenta muitos obstáculos para sua consolidação: dimensão territorial; diversidade cultural, geográfica e racial; desigualdade social e econômica; e especificidades regionais. O objetivo deste trabalho é trazer à luz os principais entraves para a estruturação da Atenção Básica no SUS/Política Nacional de Atenção Básica, partindo da premissa de que estes elementos constituem fator imprescindível para a concretização do direito à saúde no País. De natureza qualitativa, o estudo baseou-se em bibliografia já produzida sobre o tema e em dados primários extraídos de bancos de dados nacionais e estudos elaborados pelo Ministério da Saúde. Este estudo compreende a análise da forma de financiamento da Atenção Básica aos municípios, e da situação dos recursos humanos, em especial, dos profissionais médicos, que são elementos críticos para a consolidação da Atenção Básica no SUS. A conclusão apresenta desafios relacionados com a Atenção Básica que podem comprometer a consolidação do SUS e a garantia dos direitos sociais à saúde.

**Palavras-chave:** Direitos sociais; Atenção Básica; Equipes de Saúde da Família; SUS.

**Keywords:** *Social rights; primary care; Family Health Teams; SUS.*

O Brasil optou por um sistema de saúde universal, mesmo tendo uma enorme extensão territorial, ocupa 47% da América do Sul, é o quinto País mais populoso do mundo em diferentes condições econômicas, demográficas, sociais, culturais e de saúde e amplas desigualdades internas. Diante disso, e para que o direito social à saúde previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988 seja garantido, o Brasil escolheu como modelo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Básica. Essa atenção está presente nos 5.567 municípios brasileiros e tem como fundamento assegurar os princípios do SUS, que são: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; e participação social; que deveriam possibilitar a promoção, proteção e recuperação à saúde.

Vários estudos demonstram que a forma de atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) influenciou nos determinantes sociais à saúde. Alguns fatos comprovam essa capacidade, como: a análise de resultados das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família para o alcance dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio apresentados pelo Brasil (Brasil, 2010a); a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), em 2010, sobre a percepção das pessoas sobre os serviços prestados pelo SUS, demonstrou que a maioria das opiniões positivas relatadas pelas pessoas foi referente à Equipe de Saúde da Família; a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2009, que demonstrou que as pessoas mais vulneráveis obtiveram acesso aos serviços de saúde do SUS através das ESF (Brasil, 2010b)

De acordo com Mendes (2012,p. 21), há evidências de que a Atenção Básica tem uma função resolutiva que pode atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde. Os fatos acima evidenciam que a Atenção Básica, que pode ser organizada pelas ESF, é o modelo que melhor possibilita a concretização dos direitos sociais à saúde.

Atualmente, 46,59% da população não está sendo atendida pelas Equipes de Saúde da Família, mas por outras formas de organização da Atenção Básica. Os sistemas de informação do Ministério da Saúde não fornecem dados que demonstrem que essa outra forma de organização das equipes da atenção Básica trabalhem com os princípios e diretrizes apresentados na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Entende-se que a Atenção Básica é o modelo ideal e imprescindível de organização dos serviços de atenção à saúde para o Brasil alcançar efetivamente o direito social à saúde. Entretanto, a implementação desse modelo enfrenta muitos obstáculos para sua consolidação em todas as regiões do Brasil. A indagação que surge imediatamente, e que orienta o início deste trabalho, é: “quais os principais entraves para a estruturação da Atenção Básica no SUS, nos moldes preconizados em nossa política de saúde?”

Nesse sentido, o objetivo geral deste trabalho é identificar e analisar as principais dificuldades enfrentadas pelo SUS para a consolidação da Atenção Básica à Saúde conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Parte-se do pressuposto de que a forma de financiamento da Atenção Básica aos municípios e a questão dos recursos humanos, em especial, os profissionais médicos, são elementos críticos para a consolidação da Atenção Básica no SUS. Em consequência disso, entende-se que fica comprometida a concretização do direito social a saúde.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- a) analisar a forma de financiamento do Ministério da Saúde aos municípios e suas consequências nas ações dos gestores municipais para organizar a Atenção Básica segundo suas realidades e necessidades específicas; e
- b) analisar a situação dos profissionais médicos na Atenção Básica.

Este estudo é uma pesquisa social, qualitativa, por trazer abordagens que expressam as relações humanas na sociedade dentro das suas estruturas, processos, representações, símbolos e significados (Minayo, 2008). Essa mesma autora diz que a pesquisa qualitativa “é um processo em “espiral”, pois se inicia com uma pergunta que ao ser respondida cria novos questionamentos e dúvidas.

É uma pesquisa exploratória por fazer uma primeira abordagem sobre a Atenção Básica e sua importância para a concretização do direito social à saúde e descritiva por descrever a Atenção Básica: o que ela é, como se organiza e quais os seus desafios.

Deve ser destacado, ainda, que a autora desempenha funções de trabalho, junto ao Ministério da Saúde, exatamente na área da Atenção Básica do SUS. Assim, o elemento da pesquisa participante também faz parte desta metodologia. A partir do delineamento do projeto para esta pesquisa, procedeu-se e sistematizou-se anotações do trabalho cotidiano que também foram úteis na formulação e desdobramento do estudo.

Isso, inevitavelmente, influencia a abordagem do objeto pesquisado. Buscou-se minimizar esse viés por meio do cruzamento de diversas fontes de informação que pudessem embasar as deduções e a análise dos fatos pesquisados.

A partir dos dados e informações estudados, foi possível elaborar o texto deste trabalho, a partir da produção de conhecimentos e indagações a respeito das dificuldades e desafios para a estruturação da Atenção Básica no SUS e, conseqüentemente, para a concretização dos direitos sociais à saúde.

## **A Atenção Básica à Saúde como estratégia para consolidação dos direitos sociais à saúde**

Dos oito Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio o principal é o combate à fome e à pobreza, entretanto, para que isso ocorra, o Brasil tem se apoiado em um conjunto de políticas sociais estruturadas que respeita a equidade e a universalização dos direitos humanos. Dos oito ODM, quatro são eixos temáticos da saúde: redução da mortalidade na infância; melhoria da saúde materna; e combate ao HIV, à malária e a outras doenças. As principais iniciativas para o cumprimento desses objetivos são a universalização do atendimento qualificado, a interiorização dos programas de

saúde, a expansão dos programas de prevenção e o controle de doenças. (Brasil, 2010a)

O Brasil já atingiu uma das metas dos ODM, propostas para até 2015, que é a redução da extrema pobreza e da fome para um quarto em relação aos dados apresentados em 1990. As novas estimativas de pobreza extrema demonstram que essa meta foi alcançada em 2007 e superada em 2008 (Brasil, 2010a). Uma das principais iniciativas do Governo Federal para que os ODM tenham sido alcançados foi a criação do Programa Bolsa Família, que faz transferência de renda e incluiu condicionalidades com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza, vinculando o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos que são as condicionalidades na Saúde, Educação e Assistência Social pelas famílias beneficiárias (Brasil, 2012).

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes. Os responsáveis pelo acompanhamento destas famílias são as equipes da Atenção Básica com o acompanhamento da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional das crianças, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério. No ano de 2011, essas equipes acompanharam 71,85% das famílias beneficiárias, tendo como meta 73%. Um estudo, sobre a organização da Atenção Básica desde 2006, demonstra a importância da cobertura das Equipes de Saúde da Família no processo de registros de acompanhamento das condicionalidades de saúde. Os municípios com maior cobertura de ESF apresentam historicamente maiores coberturas de acompanhamento das condicionalidades de saúde quando comparado com outras formas de organização da Atenção Básica (Brasil, 2012).

Outras pesquisas demonstram o quanto a Atenção Básica é importante para a consolidação dos direitos sociais à saúde, como a pesquisa realizada pelo IPEA, no ano de 2010, sobre a percepção das pessoas sobre os serviços prestados pelo SUS, e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Brasil, 2010c) realizada no ano de 2008.

A pesquisa de percepção demonstrou que o atendimento realizado pela ESF foi o que obteve a maior proporção de opiniões positivas. Dentre os entrevistados, 80,7% opinaram que o atendimento prestado foi muito bom ou bom, e apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento foi ruim ou muito ruim (Brasil, 2011, p. 6). Sobre os valores sociais relevantes, os entrevistados incluíram a ausência de preconceitos como um dos principais pontos positivos.

Os dados da PNAD 2008 reafirmam a inclusão no SUS da população mais vulnerável. Dentre os domicílios cadastrados, 62% das famílias sem rendimento ou com rendimentos de até um salário mínimo estão cadastradas junto às ESF e 63,8% dos domicílios com o chefe da família de até um ano de estudo, estão sendo atendidas por essas equipes.

## Os principais desafios para a estruturação da Atenção Básica no SUS

Não há dúvidas de que o modelo apresentado pelas Equipes de Saúde da Família é ideal para a consolidação do SUS, entretanto é preciso trazer reflexões sobre como e em que grau as normativas preveem a existência de disparidades regionais que precisam ser consideradas e que são responsabilidades dos três entes federais.

Vários são os problemas enfrentados para que de fato a ESF seja o modelo brasileiro de Atenção Básica. Mendes (2012) cita quais os problemas que constroem o desenvolvimento do Programa Saúde da Família: a questão ideológica; a baixa valorização política, econômica e social; a fragilidade institucional; a carência de infraestrutura adequada; a baixa densidade tecnológica; a fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico; carência de equipes multiprofissionais; a fragilidade dos sistemas de informação clínica; os problemas gerenciais; a fragilidade do controle social; os problemas educacionais; os problemas nas relações de trabalho; as fragilidades dos modelos de atenção à saúde; e o subfinanciamento.

Portanto inúmeros são os problemas e não são simples de serem resolvidos. Neste estudo buscamos conhecer dois destes problemas estruturais: a forma de financiamento da Atenção Básica; e a distribuição geográfica do profissional médico.

### Financiamento

As NOB/91 e NOB/92 regulamentaram que: para os municípios se habilitarem ao SUS e receberem recursos federais deveriam seguir as políticas e diretrizes do SUS, aprovadas no Plano Nacional de Saúde. A NOB/93 propôs o repasse global dos recursos para a saúde, de acordo com a condição de gestão habilitada pelo município, dentro de suas capacidades administrativas. Com a NOB/96 os recursos da Atenção Básica deixaram de ser encaminhados dentro do recurso global da saúde, passando a ser transferidos direto para o Fundo Municipal de Saúde pelo Piso da Atenção Básica (PAB). Alguns autores apontam que a NOB/96 foi um retrocesso em relação a NOB/93 por criar blocos de repasses de recursos ao invés de realizar um único repasse global para a saúde, sem possibilitar que municípios construam suas políticas de saúde fundamentadas nas necessidades locais. Marques (2002, p. 168) diz que a “NOB/96 pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais” e Bueno e Merhy (1997, p. 6) dizem que a “NOB/96 coloca projetos de incentivos de financiamento das ações de saúde de modo verticalizado, sem respeitar as distintas realidades sociais e sanitárias de cada região”.

O Piso de Atenção Básica, criado em 1997, implantado no primeiro semestre de 1998 e ampliado em 2001, criou uma nova sistemática em que os fundos municipais de saúde receberiam diretamente do Fundo Nacional de Saúde (repasse fundo a fundo) um montante, calculado com base em um valor *per capita*, e a administração local assumiria a responsabilidade pela Atenção Básica à saúde da população de seu território. O PAB é composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma parte variável, relativa a incentivos para o

desenvolvimento de ações específicas da Atenção Básica (Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal).

Os repasses de recursos do PAB variável são decorrentes da habilitação dos municípios nos diferentes programas prioritários do Governo Federal, que são: Estratégia Saúde da Família, que envolve o maior volume de recursos repassados; Programas de Agentes Comunitários de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; entre outros.

Quando analisamos a média de valores de PAB fixo e de PAB variável em nível nacional por ano para comparação da evolução do PAB em nível nacional por ano: 2002, 2006 e 2011 observa-se que: o valor médio do PAB fixo teve aumentos gradativos de 2002 para 2006 e de 2006 para 2011, em torno de 40%; o valor médio do PAB variável teve aumento maior de 2002 para 2006 do que de 2006 para 2011; O valor médio do PAB variável praticamente quadruplicou de 2002 para 2011, enquanto o PAB fixo praticamente dobrou.

A proporção de recursos do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família mantém-se em torno de 50%, o que demonstra que a Estratégia Saúde da Família é prioritária para o Ministério da Saúde, mesmo considerando a diminuição de cerca de 10% dos recursos em 2011 em relação a 2006.

Em dezembro de 2011 a cobertura populacional foi de 101.884.067 pessoas, que equivale a 53,41% da população brasileira. No Brasil temos uma população de 190.755.799 pessoas, portanto 46,59% da população não é atendida por Equipes de Saúde da Família, mas estão recebendo assistência básica de formas variadas, sendo financiadas pelo ente federal apenas com os recursos do PAB fixo. O valor do PAB fixo, de acordo com a Portaria nº 1.602 de, 09 de julho de 2011, tem um valor variável de R\$18,00 a R\$ 23,00 reais de acordo com os critérios apresentados no anexo I dessa portaria. Entretanto, de acordo com o CONASEMS (2011), esse valor deveria ser corrigido para R\$ 38,50, para que as ações da Atenção Básica sejam realizadas conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela lei 8080/90.

As ESF têm custo diferenciado em cada região do País. Entretanto, em geral, são financiadas por recursos de fontes diversas. Uma parte dos custos é coberta com transferências federais diretamente aos municípios e em alguns estados, existe a contribuição do orçamento estadual para a estruturação das equipes municipais. A magnitude dos recursos municipais varia muito, conforme o porte, as possibilidades de cada um e a decisão do gestor em priorizar a atenção em saúde em seu território.

Com a escassez de recursos para a área da saúde os municípios se habilitam aos programas apresentados pela União para aumentar as suas receitas financeiras, principalmente na Atenção Básica, e com isso deixam de planejar as políticas com suas especificidades locais por terem que se adequar aos programas ministeriais (Marques, 2002, p. 167).

O gasto total em saúde, no Brasil, atingiu 8,4% do PIB, o que é um valor representativo quando comparado com países desenvolvidos, mas apenas uma parte desse recurso é utilizada em gastos públicos e quando comparado com outros países

que tem um sistema de cobertura universal, identificamos que é um recurso muito baixo. A título de exemplo, o gasto público do Brasil em saúde atingiu um valor de 41,6%, enquanto que no Canadá é de 70% e na Alemanha é de 76,9% (OPAS,2011, p. 46).

Pela análise de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) não é possível identificar qual o modelo de Atenção Básica está sendo ofertado para a população não atendida pelas Equipes de Saúde da Família.

Para os gestores receberem recursos para o PAB variável as Equipes de Saúde da Família devem estar cadastradas no Ministério da Saúde e no Sistema Nacional de Estabelecimento de Saúde, de acordo com as orientações da Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Segundo esta Portaria, o monitoramento e a avaliação são restritos às equipes que recebem recursos federais do PAB variável, portanto não se monitora e nem se avalia as outras formas de organização da assistência básica a saúde.

Entretanto, o que está sendo proposto já é previsto no artigo 35 da Lei 8.080 que estabelece uma combinação de critérios para o repasse dos recursos federais para as unidades da federação, que entre vários apresenta: perfil epidemiológico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; entre outros.

Diante do exposto acima e pelas observações e percepções em espaços de negociações do SUS – conselhos nacionais e municipais de saúde –, é possível concluir que, embora os gestores tenham interesse em implantar as ESF, eles enfrentam sérios problemas estruturais, entre os quais o financiamento das suas ações, tanto no que se refere ao quantitativo de recursos disponíveis, quanto ao modelo de transferências entre os entes federados e seus impactos na gestão local.

Outro dos mais relevantes pontos críticos para a estruturação da Atenção Básica é a contratação e fixação de profissionais médicos, problema que será analisado a seguir.

### **A questão dos profissionais médicos**

Estudos demonstram que há desequilíbrio na distribuição territorial dessa categoria profissional (Scheffer, 2011; CREMESP, 2010; Campos *et al.*, 2009) o que dificulta os gestores na implantação das ESF.

Scheffer (2011) em estudo realizado para o Conselho Federal de Medicina, no ano de 2011, sobre a Demografia Médica no Brasil, apresentou que: o Brasil possui em números absolutos, com 371.788 médicos e apresenta a quinta maior população de médicos do planeta, atrás somente da China (1.905.436), Estados Unidos (793.648), Índia (640.801) e Rússia (614.183). Neste quesito, o Brasil está à frente de 188 países. Os médicos brasileiros representam, sozinhos, 4,05% da população médica mundial e 19,2% dos médicos de toda a Região das Américas. (Scheffer, 2011, p. 79)

Nesse mesmo estudo de Scheffer (2011), foram identificadas desigualdades regionais, onde observa-se que no Brasil a média é de 1,95 médicos por 1.000 habitantes; nas regiões sul, sudeste e centro oeste a média é superior a média nacional, ficando próximos ou até mesmo superiores aos países da União Europeia, que é de 3,33; e as regiões norte e nordeste ficaram abaixo dessa média, equiparando-se a níveis de países africanos, que tem a menor densidade de médicos, que é de 0,23.

Pesquisa realizada pelo CREMESP (2010) demonstrou que a distribuição heterogênea não é apenas entre as regiões, mas também entre os estados, num mesmo estado e dentro do próprio município. Algumas cidades paulistas concentram mais de cinco médicos por 1.000 habitantes, e que 148 municípios paulistas, mais de um quinto do total, não tem um único médico residindo em seu território. Outra característica observada é que faltam médicos em muitas periferias de grandes centros urbanos, devido aos baixos salários oferecidos, dificuldade de locomoção ou preocupação com a violência (CREMESP, 2010, p. 6). Corroborando com este estudo, Campos *et al.* (2009, p. 14), apresentam em sua pesquisa que 7% dos municípios brasileiros não registravam, no início de 2009, a presença de médicos residentes em seus limites e que 25% dos municípios possui um médico para cada 3 mil habitantes.

Considerando que os estudos apresentados acima não fizeram a distinção entre as áreas de atuação dos profissionais médicos do SUS, foi realizada uma análise da distribuição dos profissionais que trabalham na Atenção Básica e na média e alta complexidade, a partir de dados e informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, ano de 2011, que considerou o número de médicos vinculados aos estabelecimentos públicos segundo UF, Brasil, cadastrados. Os profissionais vinculados aos seguintes estabelecimentos: Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde; Posto de Saúde; Unidade Móvel Fluvial; e Unidade Móvel Terrestre; são profissionais que trabalham na Atenção Básica e somam 64.734. Todos os outros profissionais cadastrados no SCNES que não estão vinculados a esses estabelecimentos foram considerados profissionais que trabalham na média e alta complexidade (MAC), e somam 166.244. Portanto o total de profissionais médicos é de 230.978.

As 27 unidades da federação possuem menos de 0,5 médicos por 1.000 habitantes na Atenção Básica, entretanto, ao se comparar esse número com a quantidade de profissionais da média e alta complexidade, observa-se que apenas duas unidades da federação, Pará e Maranhão, possuem abaixo de 0,5 médicos por 1.000 habitantes. Já o Distrito Federal e Rio de Janeiro possuem 2 e 1,6 médicos MAC por 1.000 habitantes, respectivamente.

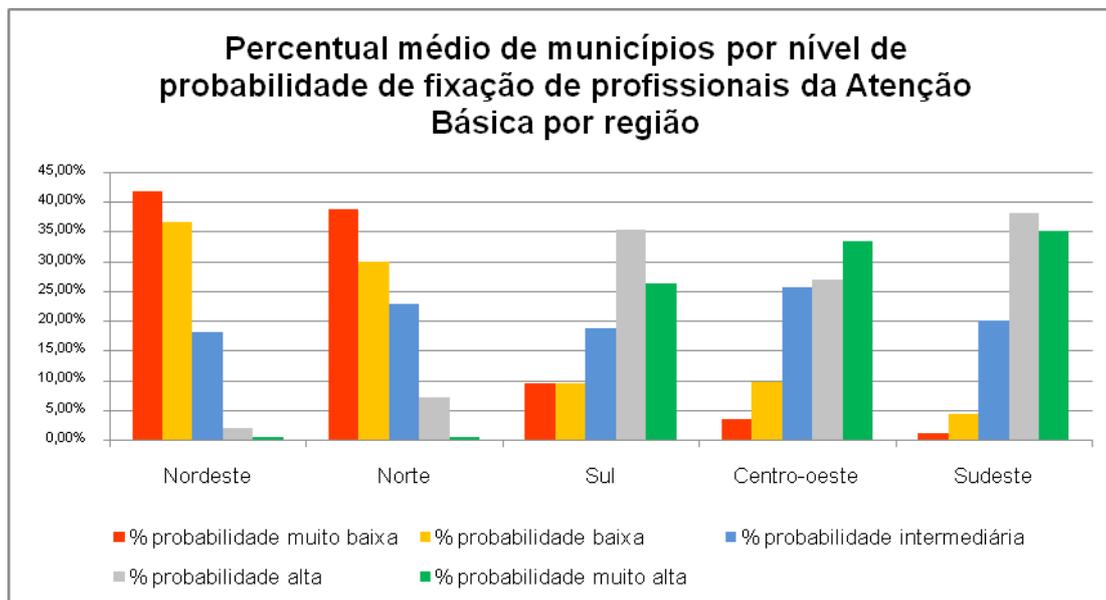
Não existe um número ideal de profissionais médicos por habitantes, de acordo com a OPAS (2003): “a quantidade de leitos hospitalares ou de profissionais de saúde em relação ao número de habitantes não são índices suficientes para avaliação de um sistema de saúde”.

O preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica é que cada Equipe de Saúde da Família, que compreende um médico na equipe multidisciplinar, sejam responsáveis por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo o ideal 3 mil pessoas. Das 27 unidades da federação, 13 tem um quantitativo de médicos na Atenção Básica que possibilita uma cobertura de menos de 3 mil pessoas e apenas Distrito Federal e Pará, ficaram com uma cobertura superior a 4 mil pessoas. Importante observar que no Distrito Federal existe a maior cobertura de médicos para a média e alta complexidade e a menor cobertura de médicos para Atenção Básica e conseqüentemente a menor cobertura de Equipes de Saúde da Família. Isso sugere que a política de atenção à saúde nessa unidade da federação não tem como prioridade a Atenção Básica.

Pela análise da quantidade de médicos da Atenção Básica não é possível fazer uma relação de proporcionalidade com a cobertura da Saúde da Família, visto que algumas unidades da federação possuem uma proporção ideal de médicos da Atenção Básica por 1.000 habitantes, entretanto, possuem baixa cobertura de ESF, como por exemplo, o estado do Rio Grande do Sul possui a maior quantidade de médicos da Atenção Básica por 1.000 habitantes e, no entanto, uma baixa cobertura de ESF, 36,50%. A discrepância desses dois indicadores sugere que podem existir outras formas de organizações da Atenção Básica, não monitoradas pelo sistema de informação do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde realizou, em maio de 2011, estudo sobre a estratificação dos municípios brasileiros segundo condições de fixação de profissionais médicos da Atenção Básica, e definiu um indicador de rotatividade composto pelas variáveis: população sem plano de saúde; população rural; número de médicos na atenção Básica por 1.000 habitantes; número hospitais e pronto socorro (geral e especializado) por 1.000 habitantes; número de agências bancárias por 1.000 habitantes; avaliação do Sistema Educacional Básico (IDEB) dos municípios; e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Observou-se, neste estudo, pela análise do indicador de rotatividade, que as regiões norte e nordeste têm a menor possibilidade de fixação dos profissionais médicos na Atenção Básica e a região sudeste tem a maior. (Gráfico 1)

**Gráfico1:** Percentual médio de municípios por nível de probabilidade de fixação de profissionais da Atenção Básica por região.



**Fonte:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratificação dos municípios brasileiros segundo condições de fixação de profissionais médicos da Atenção Básica. 2011. Trabalho não publicado.

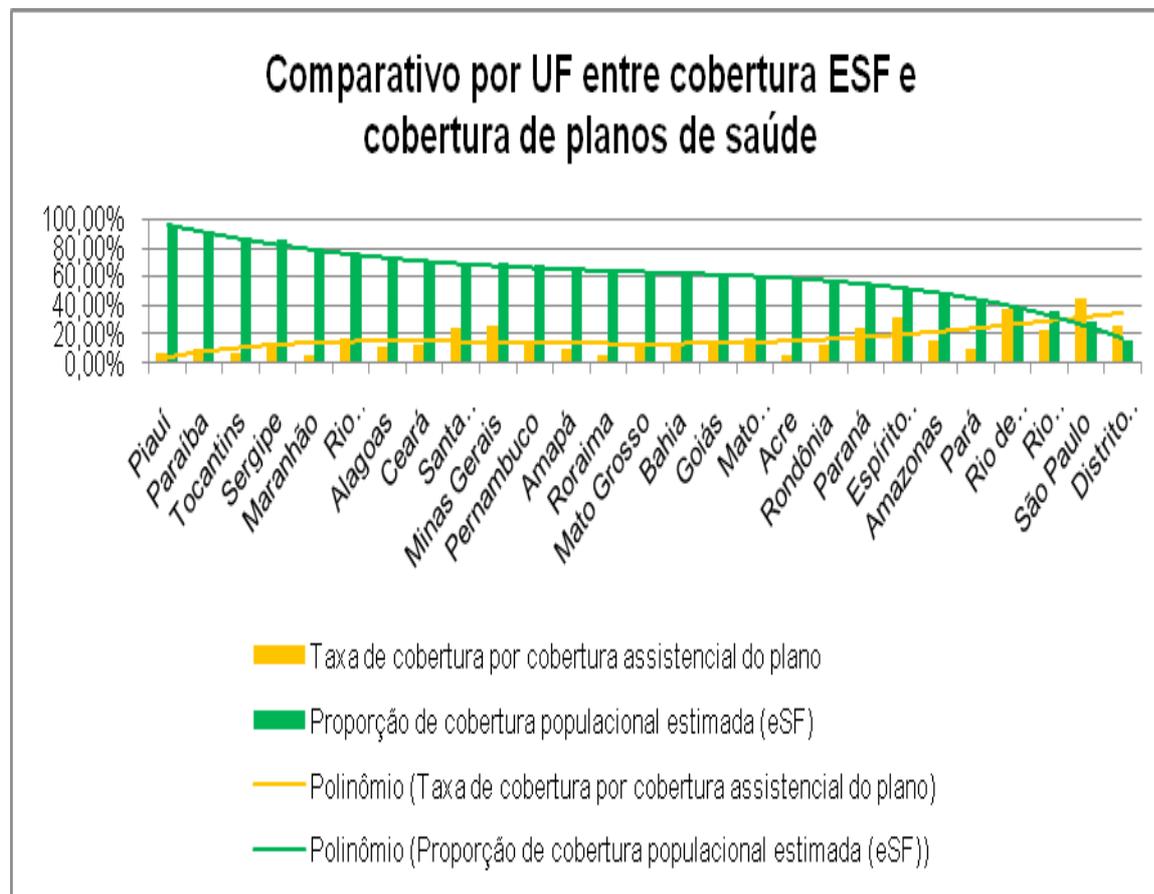
O Gráfico 2 demonstra que unidades da federação e regiões que possuem maior cobertura da ESF possuem uma menor cobertura de planos de saúde e vice versa, e que quanto menor a cobertura de Equipes de Saúde da Família, maior a cobertura de planos de saúde.

Os dados referentes aos profissionais médicos do SUS demonstram algumas disparidades regionais, como por exemplo:

a) nordeste e norte: alta cobertura da ESF; menor cobertura de plano de saúde quando comparado com as outras unidades da federação. Mas ao mesmo tempo possuem a menor quantidade de médicos da Atenção Básica por 1.000 habitantes e uma alta rotatividade de profissionais da Atenção Básica (baixa capacidade de fixação);

b) sudeste: há um equilíbrio na relação da cobertura da ESF com a cobertura de planos de saúde privados, tem a segunda melhor quantidade de pessoas por médicos da Atenção Básica e uma menor rotatividade dos profissionais da Atenção Básica.

**Gráfico 2:** Cobertura de Equipe de Saúde da Família e de plano de saúde, segundo a unidade da Federação. Competência setembro de 2011.



**Fonte:** BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. [online] Disponível na internet na URL: <http://189.28.128.178/sage/>. (consultado em 20.02.2012); Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível na internet na URL: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (consultado em 21.04.2012).

A municipalização dos serviços implicou na reestruturação das três esferas de governo, ficando o financiamento a cargo dos três entes federais e para os municípios a responsabilidade pela garantia da oferta dos serviços de saúde. A transferência dessa responsabilidade para os municípios não foi acompanhada de políticas adequadas, trazendo à tona problemas relacionados à contratação, permanência e remuneração de profissionais, tornando a gestão dos recursos humanos que atuam na Atenção Primária à Saúde um elemento crítico para a consecução de seus objetivos. (Perpétuo *et al.*, 2009, p. 19)

A presidente Dilma Rousseff em seu discurso de posse (01/01/2011) disse que:

[...] A formação e a presença de profissionais de saúde adequadamente distribuídos em todas as regiões do País serão outra meta essencial ao bom funcionamento do sistema. [...]

Os estudos apresentados acima demonstram que os seguimentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos pela insegurança assistencial em saúde e que na maioria das vezes são acompanhadas pela insegurança dos outros direitos sociais, expressos no art. 6º, da Constituição Federal de 1988. Scheffer (2011, p. 60) diz que: “De um modo geral, os moradores de regiões mais pobres têm não só o menor número de médicos à disposição, como também o menor número de especialistas entre eles”.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação têm o objetivo de ampliar a oferta de profissionais médicos no interior do Brasil, com a meta de 2,5 médicos por 1.000 habitantes (Bassete; Madelli, 2011). O posicionamento das entidades médicas é contrário à proposta do Governo de ampliar o número de vagas e cursos para formação de médicos no País.

A nova Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, agregou novos modelos de inserção dos profissionais médicos, no que se refere a carga horária, para que associado a outras ações como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), possam influenciar nas questões de provimento e fixação dos profissionais médicos, principalmente em regiões que possuem uma baixa fixação. Entretanto, as dificuldades apresentadas vão além da gestão de recursos humanos dos municípios e são determinantes para a escolha do modelo de organização da Atenção Básica que irá ser implantado ou implementado pelos gestores municipais.

Embora seja imprescindível que o Estado ofereça plano de carreira para os profissionais do SUS, é preciso considerar que o Brasil é um país capitalista e existem interesses de mercado. A afirmação de que não é necessário se aumentar o número de vagas para os cursos de medicina é preocupante diante da possibilidade de geração de reserva de mercado. Quando se analisa a questão da falta do profissional para atuar na Atenção Básica, é preciso considerar que existem interesses econômicos contrários ao que é proposto por esse modelo, pois, quando essa atenção à saúde é resolutiva, as pessoas passam a necessitar menos de procedimentos de alta complexidade, como por exemplo, órteses e próteses. Portanto o Estado precisa preservar o SUS e, para isso, é preciso promover políticas que garantam disponibilidade de recursos humanos para a saúde em todas as regiões do Brasil, com quantidade e qualidade adequadas.

## 5 Conclusão

Os desafios apresentados neste trabalho são uma amostra das fragilidades relacionadas à Atenção Básica que podem comprometer a consolidação do SUS e a garantia dos direitos sociais à saúde, e constituem indicadores que demonstram que os princípios contidos na Constituição Federal de 1988, como por exemplo, a autonomia política das unidades da federação e o federalismo cooperativo, precisam ser melhor implementados.

O financiamento do SUS precisa ser revisto na medida em que menos de 50% do valor total investido em saúde no Brasil são destinados ao SUS. O País está investindo abaixo da média de países que não possuem um sistema universal de saúde e, quando comparado com países que possuem sistemas universais, essa diferença fica mais acentuada, pois esses países investem, em média, 70% dos seus recursos totais de saúde nos seus sistemas de saúde públicos universais.

Os recursos federais e estaduais deveriam ter um caráter redistributivo para que disparidades estaduais e regionais possam ser amenizadas, entretanto as políticas vinculantes e os atuais processos de financiamento à saúde associados a essas políticas, cerceiam as condições dos gestores de construir suas próprias políticas de saúde locais condizentes com o seus determinantes sociais.

De uma forma geral, em localidades em que há baixa cobertura de planos de saúde, há alta cobertura da Atenção Básica e vice e versa. Isso demonstra que profissionais médicos têm optado por atuar em localidades que oferecem oportunidades de atuação no setor privado e, atualmente, o setor privado de saúde não pode prescindir dos planos de saúde, por isso, em localidades em que há baixa cobertura de planos de saúde há dificuldades de contratação e fixação de profissionais médicos nos serviços de Atenção Básica.

A concentração de profissionais médicos em determinadas regiões, a discrepância entre os percentuais de cobertura de Atenção Básica em determinadas regiões e a desproporção da quantidade de profissionais de alta e média complexidade com relação à quantidade de profissionais de Atenção Básica demonstram que o SUS não está cumprindo o seu papel como ordenador e formador de recursos, conforme art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Procura se demonstrar nesse estudo que a Atenção Básica é elemento estratégico para a realização do direito social à saúde, pois é por meio dela, especialmente, que a população recebe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que são níveis de atenção imprescindíveis para o cumprimento das diretrizes constitucionais da integralidade dos serviços do SUS.

Conclui-se que sem a plena estruturação da Atenção Básica no SUS dificilmente teremos o direito social à saúde concretizado. A Atenção Básica é a principal forma de atenção à saúde, que pode transformar o instituto do direito social à saúde de uma ideia abstrata e sem forma, em algo concreto e imprescindível à qualidade de vida e a dignidade da pessoa.

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados e indicadores do setor. Rio de Janeiro, 2012. [on line] Disponível na internet na URL: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (consultado em 21.04.2012).

BASSETE, F.; MADELLI, M. Plano prevê a abertura de 2,5 mil vagas de medicina para reduzir desigualdade. *O Estado de S. Paulo*, p. A 14, 19 jul. 2011. [online] Disponível na internet na URL: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,plano-preve-abertura-de-25-mil-vagas-de-medicina-para-reduzir-desigualdade,746743,0.htm> (consultado 19.04.2012).

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986). Brasília, 1986. [online] Disponível na internet na URL: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) . (consultado em 13.10.2011f).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. v. 12. Brasília : CONASS, 2007. p. 65-84.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 1 /96. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. v. 12. Brasília : CONASS, 2007. p. 161-203.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Brasília : Câmara dos Deputados, 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil - acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro : IBGE, 2010c. [online] Disponível na internet na url:[www.ibge.gov.br/home/...saude...2008/pnad\\_2008\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/...saude...2008/pnad_2008_saude.pdf) . (consultado em 18.03.2012).

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009*. Rio de Janeiro : IBGE, 2010b. [online] Disponível na internet na URL: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad\\_sintese\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf) . (consultado em 18.03.2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] Disponível na internet na URL: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php) . (consultado em 20.02.2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica: Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] Disponível na internet na URL: <http://189.28.128.99/dab/legislacao.php> (consultado em 01.11.2011).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] Disponível na internet na URL: <http://189.28.128.178/sage/> . (consultado em 20.02.2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratificação dos municípios brasileiros segundo condições de fixação de profissionais médicos da Atenção Básica*. 2011. Trabalho não publicado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa*. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2002b. [online] Disponível na internet na URL: [pt.scribd.com/doc/4942476/atencao-basica-PAB](http://pt.scribd.com/doc/4942476/atencao-basica-PAB) (consultado em 30.03.2012).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online] Disponível na internet na URL: <http://cnes.datasus.gov.br/> . (consultado em 10.03.2012).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: IPEA, 2010a. [online] Disponível na internet na URL: [www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/.../relatorio-nacional-de.../download) (consultado em 29.02.2012).

\_\_\_\_\_. Procuradoria Geral da República. Gabinete de documentação e direito comparado. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. [online] Disponível na internet na URL: [http://direitoshumanos.gddc.pt/DireitosHumanos/3\\_1/IIIPAG3\\_1\\_3.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/DireitosHumanos/3_1/IIIPAG3_1_3.htm) (consultado em 21.11.2011).

\_\_\_\_\_. Procuradoria Geral da República. Gabinete de documentação e direito comparado. *Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais*. [online] Disponível na internet na URL: [http://direitoshumanos.gddc.pt/DireitosHumanos/3\\_1/IIIPAG3\\_1\\_4.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/DireitosHumanos/3_1/IIIPAG3_1_4.htm) (consultado em 21.11.2011).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. *O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)*. Brasil : IPEA. 2011. [online] Disponível na internet na URL: <http://www.ipea.gov.br> (consultado em 18.03.2012).

BUENO, WS; MERHY, EE. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* 1997, p. 17. [online] Disponível na internet na URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> (consultado em 10.03.2012).

CAMPOS, FE de; MACHADO, HM; GIRARDI, SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, (44):13-24, 2009.

CONASEMS. *A Atenção Básica que queremos*. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Nota de esclarecimento à sociedade*. Posição dos conselhos de medicina sobre a abertura de novas escolas médicas. 2012 [online] Disponível na internet na URL: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22718:nota-dos-conselhos-de-medicina-rebate-afirmacoes-do-ministro-da-educacao&catid=3:portal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22718:nota-dos-conselhos-de-medicina-rebate-afirmacoes-do-ministro-da-educacao&catid=3:portal) (consultado em 29.03.2012).

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Aumenta a Concentração de Médicos no Estado de São Paulo*. São Paulo: CREMESP, 2010. [online] Disponível na internet na URL: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico\\_por\\_habitantes.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico_por_habitantes.pdf) (consultado em 29.03.2012).

MARQUES, RM; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18:163-171, 2002. [online] Disponível na internet na URL: [www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13802.pdf) (consultado em 27.03.2012).

MENDES, EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, MCS. *O desafio da pesquisa social*. In: MINAYO, MCS; GOMES, SFDR (orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 9-29.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília : Organização Pan-Americana, 2011.

\_\_\_\_\_. *Nota de Esclarecimento*. Leitos por habitantes e médicos por habitantes. Brasília : Organização Pan-Americana, 2003. [online] Disponível na internet na URL: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>. (consultado em 21.04.2012).

PERPÉTUO, IHO *et al*. *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig. One/UFMG, 2009.

SCHEFFER, M (org.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo : Conselho Federal de Medicina, 2011. [online] Disponível na internet na URL: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia\\_2\\_dezembro.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf) (consultado em 29.03.2012).

Senado Federal. *Íntegra do discurso da presidente Dilma Rousseff na cerimônia de posse*. Brasília: Senado Federal, 2011. [online] Disponível na internet na URL: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2011/01/01/integra-do-discurso-da-presidente-dilma-rousseff-na-cerimonia-de-posse>. (consultado em 25.04.2012).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. In: WHO. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Genebra: World Health Organization, 2009. p. 29-31.