

Saúde

As políticas públicas de saúde apresentam características peculiares, uma vez que a Constituição estabeleceu a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a igualdade da assistência a todos, além de dispor que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera de governo.

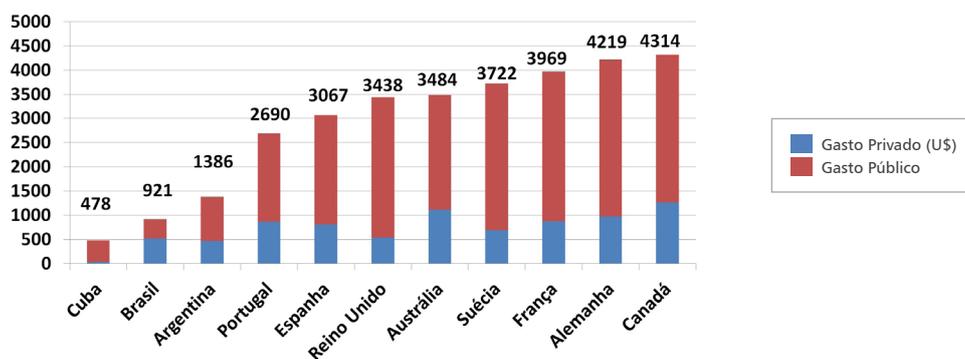
Os planos de governo (PNS 2012-2015 e PPA 2012-2015) destacam dois objetivos para a Política Nacional de Atenção Básica: garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada e contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Foram previstas metas relacionadas à melhoria da infraestrutura e ampliação da cobertura da atenção básica, além de programas voltados à qualificação e valorização dos profissionais de saúde que, se executados até o ano de 2015, poderão contribuir para o enfrentamento de problemas.

| Principais problemas de qualidade e equidade no acesso às ações e serviços públicos de saúde na atenção básica | Limitações no papel da atenção básica como coordenadora e ordenadora do cuidado à saúde |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Distribuição da oferta de serviços; Dificuldade de fixação de alguns profissionais das equipes de saúde da família em determinadas regiões; Deficiências na formação dos médicos; Instalações e equipamentos inadequados e falta de articulação da atenção básica com outros níveis da atenção à saúde. | <ul style="list-style-type: none"> Regulação; Resolutividade; Valorização e fixação dos profissionais; Universalização do cartão SUS; Fortalecimento de mecanismos de caráter federativo e intergovernamental que viabilizem a gestão regionalizada e compartilhada. |

Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde passaram de R\$ 32,7 bilhões (R\$ 180,1 *per capita*), em 2004, para aproximadamente R\$ 80 bilhões, em 2012 (R\$ 416,2 *per capita*). Apesar do crescimento nominal das despesas, discute-se o subfinanciamento do setor, em comparação aos gastos realizados por países com modelos públicos de atendimento universais. O gráfico 1 apresenta uma comparação internacional dos gastos públicos e privados com saúde.

Gráfico 1. Gastos *per capita* com saúde no Brasil em comparação com outros países com sistema universal de saúde



De 2004 a 2012, os gastos federais com serviços de saúde passaram de R\$ 32,7 bilhões para R\$ 80 bilhões. Ainda assim, o Brasil está atrás, em valores *per capita*, de outros países com sistema universal de atendimento.

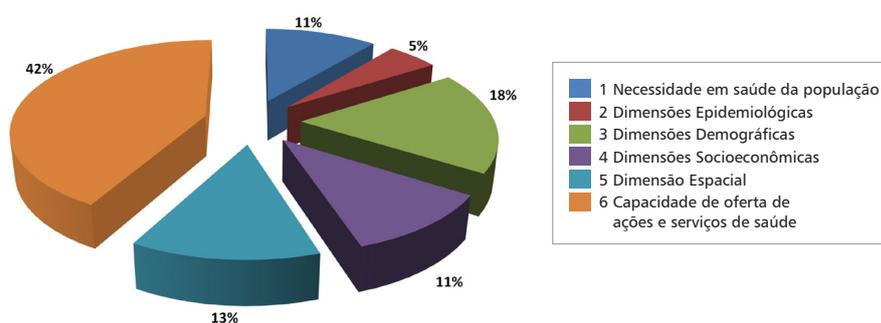
Fonte: Demografia Médica no Brasil 2011; Estatísticas Sanitárias Mundiais 2012 - OMS

Pelos critérios do Ministério da Saúde relacionados às transferências de recursos federais, municípios com baixa capacidade de oferta de ações e serviços de saúde recebem menor quantidade de recursos, o que acaba por manter as desigualdades existentes.

Os dados demonstram que o Brasil é o que tem a menor participação do Estado (União, estados e municípios) no financiamento dos gastos totais com saúde. Esse percentual fica em 44%, pouco mais que a metade do investido pelo Reino Unido (84%), Suécia (81%), França (78%), Alemanha (77%), Espanha (74%), Canadá (71%) e Austrália (68%). O Brasil ocupa a 72ª posição no ranking geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) de investimento em saúde, quando a lista é feita com base na despesa estatal por habitante.

Os critérios aplicados às transferências de recursos federais na atenção básica e investimentos, previstos no art. 17 da LC 141/2012, encontram-se previstos em 38 portarias do Ministério da Saúde (segundo levantamento realizado até dezembro de 2012). Na análise desses critérios, apurou-se que existe predominância da capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, ou seja, municípios que têm capacidade reduzida receberão, também, menor quantidade de recursos. Dessa forma, os recursos tendem a ser direcionados para onde já existe a oferta, mantendo as desigualdades existentes.

Gráfico 2. Critérios aplicados às transferências federais



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde

Quanto à distribuição regional de infraestrutura e recursos humanos na atenção básica, apurou-se, em 2012, uma maior razão de estabelecimentos por 10 mil habitantes nas regiões Nordeste (3,04) e Sul (2,59), seguidas da região Norte (2,42). Contudo, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores razões de profissionais (pediatras, clínicos, ginecologistas e obstetras) por 10 mil habitantes trabalhando nesses estabelecimentos, não obstante detenham os piores resultados em alguns dos principais indicadores acompanhados pela atenção básica, relacionados a mortalidade infantil, imunização e atenção pré-natal.

Em 2022, o Brasil deverá atingir a razão de 2,52 médicos por 1000 habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste, esse número será atingido somente em 2045.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, mantendo o cenário atual, o mesmo ritmo de crescimento da população e de escolas médicas, dentro de oito anos (em 2022) o Brasil atingiria a razão de 2,52 médicos por 1.000 habitantes, próximo à referência do Reino Unido (2,64). Contudo, as regiões Norte e Nordeste alcançarão a razão de 2,53 e 2,58, respectivamente, 19 anos depois, em 2045.

Apesar da melhoria dos resultados nos indicadores de cobertura da saúde da família, mortalidade infantil e razão de mortalidade materna persistem os desafios para melhoria da resolutividade da atenção básica. A proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica (ISAB), tanto do Brasil quanto das regiões brasileiras, encontra-se acima do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde, demonstrando alta proporção de internações por condições que poderiam ser evitadas ou reduzidas por atenção básica mais resolutiva.