

**Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento**

Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011

Brasília-DF, 2 de dezembro de 2009.

Sumário

1	Introdução	
1.1.	Metodologia	
1.2.	Processo	
1.3.	Estrutura	
2	Análise situacional	
2.1.	Condições de saúde da população.....	
2.2.	Determinantes e condicionantes de saúde.....	4
2.3.	Gestão em saúde.....	7
3	Objetivos, diretrizes e metas	8
3.1.	Condições de saúde da população.....	8
3.2.	Determinantes e condicionantes de saúde.....	9
3.3.	Gestão em saúde.....	9
4	Operacionalização	10
5	Referências	10
6	Anexo	11

Apresentação

É com grande alegria e com o sentimento de mais uma importante etapa cumprida que apresento o Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde no dia 15 de outubro do corrente ano., em sua 202ª reunião ordinária.

Este PNS é, sem dúvida, resultado do esforço do Ministério da Saúde na construção do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – no âmbito da esfera federal, particularmente dos profissionais que têm sob sua responsabilidade o desenvolvimento das atividades específicas de planejamento, aos quais agradeço e cumprimento pelo trabalho realizado e o produto aqui apresentado.

Agradeço e parabeno igualmente todos os dirigentes e técnicos dos SUS que atuam nas esferas estadual e municipal, os quais direta ou indiretamente acompanharam, incentivaram, apoiaram e subsidiaram esta construção. Espero que o PNS da gestão federal possa também ajudá-los na formulação, monitoramento e avaliação de seus respectivos instrumentos de planejamento, cujos processos são fundamentais à implementação do PlanejaSUS no País e, sobretudo, para viabilizar a necessária qualidade da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Na oportunidade, gostaria de reiterar que o PlanejaSUS, cuja principal expressão concreta são os seus instrumentos básicos e os densos processos que envolvem, é uma proposta inovadora que vem sendo assumida por gestores e profissionais do SUS como estratégicos para melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva do Sistema Único de Saúde no País.

É importante registrar também que o PlanejaSUS vem sendo reconhecido por instituições de ensino e pesquisa, as quais têm prestado importante contribuição, tanto na capacitação – que se busca oferecer continuamente – para o exercício desta função administrativa e política, quanto na análise e orientação para o seu aprimoramento, que são um dos principais focos da atenção daqueles que estão envolvidos na implementação do PlanejaSUS em todas as esferas de gestão.

Por fim, considero indispensável manifestar que o PlanejaSUS, os seus instrumentos e aqui, em particular, o Plano de Saúde dependem necessária e fundamentalmente de sua apropriação por todos aqueles que fazem do SUS o seu ideal de vida profissional, cuja vivência até agora tem mostrado, no meu entendimento, alto grau de satisfação pessoal. O desafio no momento, que acredito ser praticamente infundável, é transformá-los e utilizá-los como ferramentas efetivas de prover saúde a todos e, portanto, contribuir para a qualidade de vida da população.

Tenhamos todos coragem para enfrentar continuamente esse desafio!

1 Introdução

A elaboração do Plano Nacional de Saúde/PNS 2008-2011 teve início em fevereiro de 2007, quando a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE) submeteu ao colegiado de gestão do MS o projeto de construção do instrumento a ser submetido ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Contudo, em face da mudança na gestão do Ministério da Saúde (MS), ocorrida em março de 2007, houve necessidade de adequação do processo às prioridades e compromissos assumidos pela nova equipe gestora federal, bem como às demandas com vistas à formulação de uma agenda estratégica, que está se concretizando no Programa Mais Saúde. Ao lado disso, foram necessários ajustes devido à revogação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira e às perspectivas de captação de novos recursos orçamentários.

Além desses dados de conjuntura, que alteraram o seu processo de elaboração, cabe também destacar que o PNS está fundamentado em alguns documentos norteadores, entre os quais:

- ▶ *o Relatório Final da 13ª Conferência de Saúde;*
- ▶ *o Pacto pela Saúde e as políticas, orientações e regulamentações subsequentes;*
- ▶ *os compromissos e prioridades do MS para esta gestão, expressos no discurso de posse do Ministro da Saúde, em 19 de março de 2007, e no Programa Mais Saúde;*
- ▶ *a avaliação do Plano Plurianual 2004-2007 – PPA – ano base 2005, realizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;*
- ▶ *a avaliação do PNS 2004 -2007, realizada com o apoio da Rede Interagencial de Informação para a Saúde e do Comitê Temático Interdisciplinar do Plano Nacional de Saúde (Ripsa/CTI-PNS);*
- ▶ *os Objetivos do Milênio – ODM – para 2015, constantes do compromisso firmado pelo Brasil e por todos os outros Estados-membros das Nações Unidas;*
- ▶ *as informações e análises do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – constantes da coleção Progestores (2006) e dos cadernos ações de saúde, para cada Unidade Federada (2007);*
- ▶ *os planos estaduais e municipais obtidos pela SPO/SE.*

1.1. Metodologia

A metodologia adotada contempla um conjunto de recomendações, em especial oriundas do CTI/PNS-Ripsa mencionado, com destaque para:

- 1) a adoção de três eixos para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas, a saber:
 - a) as condições de saúde da população e a organização de serviços, cuja responsabilidade e governabilidade são do setor saúde;
 - b) os determinantes e condicionantes de saúde, fundamentais para a qualidade de vida da população, cuja abordagem tem sido objeto de priorização nos contextos internacional e nacional (em 2005, a OMS criou a Comissão sobre

Determinantes Sociais da Saúde; em 2006, Decreto assinado em março instituiu, no âmbito do MS, a Comissão Nacional); e

- c) a gestão em saúde.
- 2) a definição de objetivos e diretrizes mais agregados, de modo a orientar o estabelecimento de metas de impacto e compatíveis com o período de vigência do instrumento (plurianual);
- 3) a proposição de metas tendo em conta os indicadores aplicáveis ao seu monitoramento, com a indicação das fontes de informação a serem utilizadas;
- 4) a operacionalização do Plano mediante programações anuais, orientadoras de adequações do PNS, a partir de relatórios de gestão, na conformidade dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria nº. 3.332/2006;
- 5) a adoção de processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PNS, ajustável a novas realidades que, nesta concepção, deve orientar a elaboração do Plano Plurianual (PPA).

A recomendação de que o PNS norteie a formulação do PPA viabilizou a construção das linhas básicas do Plano Nacional de Saúde 2008-2011, as quais subsidiaram a elaboração do Plano Plurianual do governo federal para este mesmo período.

1.2. Processo

O processo de construção do PNS compreendeu duas etapas: a primeira comum ao PNS e ao PPA e, a outra, observando os princípios e diretrizes que regem cada um. O PPA é apresentado ao Congresso Nacional até o último dia útil do mês de agosto, o que gera a necessidade de um cronograma para viabilizar o cumprimento deste prazo.

A primeira etapa do trabalho teve por objetivo a elaboração descentralizada de propostas-base de ambos os instrumentos para o período 2008-2011, conduzida pelas coordenações de planejamento dos órgãos e entidades do MS. Para subsidiar tais processos, a SPO/SE/MS realizou exercícios, a partir do PNS 2004-2007, de formulação de objetivos e diretrizes, segundo as recomendações do relatório do Comitê Temático Interdisciplinar para o PNS 2004-2007 da Ripsa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde).

Com base nos objetivos e diretrizes identificados, procedeu-se a outro exercício, dessa vez em relação ao PPA, com a proposição de programas e ações, baseado no Projeto de Lei Orçamentária de 2007 (PLO).

A construção das duas propostas-base envolveu, em síntese:

- a) a construção da análise situacional, conforme a competência/responsabilidade de cada área e segundo o guia dos instrumentos básicos do PlanejaSUS;
- b) o exercício que identificou objetivos e diretrizes para o PNS, frente à análise situacional, com a proposição de mudanças ou adequações, assim como a construção de metas, de indicadores e identificação de fontes;
- c) o exercício que identificou programas e ações para o PPA, com a indicação de adequações, considerando as proposições feitas para o PNS (item b precedente).

A segunda etapa do processo consistiu na formulação do PNS e do PPA, com o direcionamento que lhes é próprio, segundo os prazos definidos. Em relação ao PPA, cumpriu-se a agenda fixada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Quanto ao PNS, a agenda de construção incluiu as seguintes etapas:

- a) estruturação de uma primeira versão, baseada no consolidado das propostas oriundas dos órgãos e entidades do MS, na qual foram identificadas as lacunas existentes;
- b) articulação com órgãos e entidades do MS para preenchimento das lacunas identificadas, incorporando medidas e metas consignadas no Mais Saúde;
- c) análise dessa versão pelo CTI-Ripsa, com a inserção das sugestões oriundas deste Comitê;
- d) avaliação da nova versão pelos órgãos e entidades do MS;
- e) apreciação pelos dirigentes e formalização da proposta do MS de PNS 2008-2011;
- f) apresentação da proposta do MS ao Conselho Nacional de Saúde – CNS –em sua reunião ordinária de 12 de agosto de 2009, e aprovação do presente PNS, em 15 de outubro subsequente, com a incorporação das recomendações emanadas do Conselho.

1.3. Estrutura

O PNS 2008/2009-2011 está estruturado em três partes: (i) análise situacional; (ii) objetivos, diretrizes e metas para o período (com a identificação, em anexo, do conjunto de indicadores); e (iii) operacionalização, monitoramento e avaliação do PNS.

O referencial teórico adotado pelo MS para esta elaboração considera que:

- ▶ os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados;
- ▶ as diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde;
- ▶ as metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam ‘o que’, ‘para quem’ e ‘quando’.

O PNS 2008/2009-2011 contempla quatro objetivos, a saber:

- ⇒ objetivo 1 – *Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população;*
- ⇒ objetivo 2 – *Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde;*
- ⇒ objetivo 3 – *Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população;*

⇒ objetivo 4 – *Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo para melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.*

Para o alcance desses objetivos, estão indicadas as seguintes diretrizes:

1. *vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos;*
2. *prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços;*
3. *aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde;*
4. *ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada;*
5. *implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos;*
6. *aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar;*
7. *aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas;*
8. *desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde;*
9. *implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde;*
10. *aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS;*
11. *ampliação e fortalecimento da participação e do controle social;*
12. *fortalecimento da cooperação internacional.*

Os quatro objetivos e 12 diretrizes do PNS 2008/2009-2011 envolvem 71 metas.

2 Análise situacional

2.1. Condições de saúde da população

2.1.1. Aspectos demográficos

Um dos componentes mais importantes da dinâmica demográfica brasileira é a fecundidade, que afeta de maneira profunda as estruturas etárias das populações. Níveis elevados das taxas de fecundidade total estão associados a estruturas etárias muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas. Essa era a situação brasileira até meados da década de 60, quando se inicia a difusão dos métodos anticonceptivos no País, particularmente no centro-sul. Até 1960, a taxa de fecundidade total (TFT) era levemente superior a seis filhos por mulher, caindo em 1970 para 5,8 filhos, decorrente da redução mais forte observada na região Sudeste. Nas regiões Sul e Sudeste, o início da transição da fecundidade, de altos para baixos níveis, ocorre a partir dos primeiros anos da década de 70. Nas regiões Norte e Nordeste, esse fenômeno se verifica um pouco mais tarde (início da década de 80).

Durante a década de 80, manteve-se o ritmo de declínio, chegando as estimativas para 2000 a 2,4 filhos por mulher e a 2,0, em 2006, valor indicativo de que a fecundidade no País já se encontra em seu nível de reposição, ou seja, com uma TFT inferior a 2,1 filhos por mulher. Trata-se de um vertiginoso declínio num tempo tão reduzido (30 anos), quando comparado com a experiência anterior dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução das taxas de fecundidade total segundo as grandes regiões, 1940-2006.

Grandes Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2004	2005	2006
Brasil	6,2	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,4	2,2	2,1	2,0
Norte	7,2	8,0	8,6	8,2	6,5	4,2	3,2	2,7	2,5	2,5
Nordeste	7,2	7,5	7,4	7,5	6,1	3,8	2,7	2,4	2,2	2,2
Sudeste	5,7	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1	1,9	1,9	1,8
Sul	5,7	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2	2,0	1,9	1,9
Centro Oeste	6,4	6,9	6,7	6,4	4,5	2,7	2,3	2,1	2,0	2,0

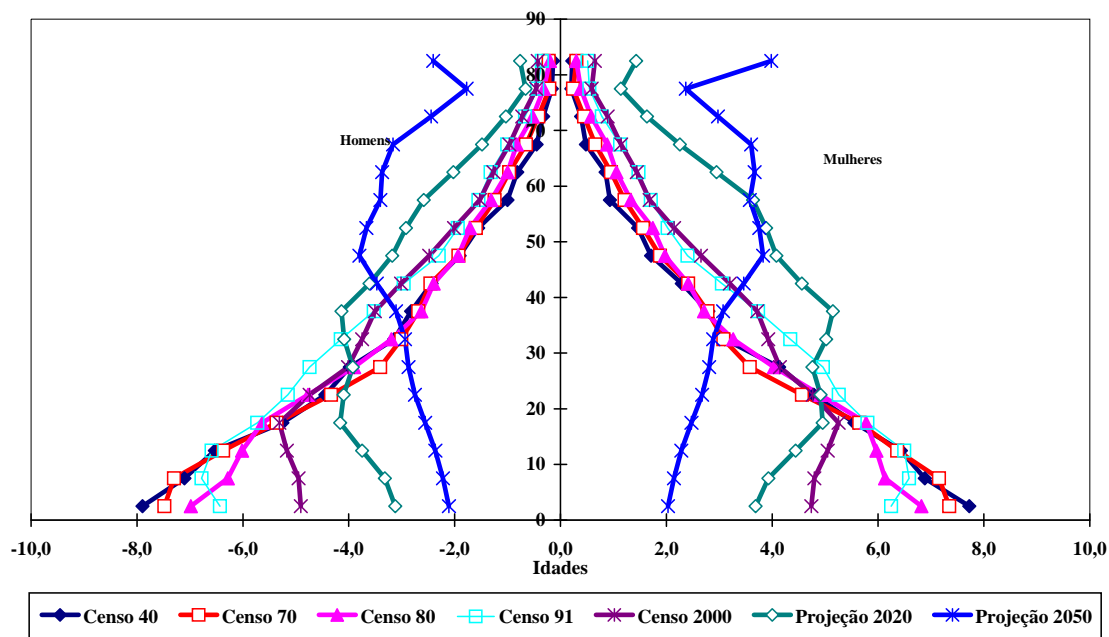
Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1940-2000 e Pnad2004, 2005, 2006

Em termos das diferenças regionais, as regiões Norte e Nordeste, as mais ruralizadas, lideravam o *ranking* da fecundidade alta. Em 1970, essas duas regiões apresentavam taxas de fecundidade superiores a oito filhos por mulher, enquanto a região Sudeste já apresentava valores abaixo de cinco. O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 80, generalizou-se por todas as regiões e grupos sociais, de tal forma que, em 2000, mesmo aquelas que antes tinham fecundidade elevada experimentaram um notável decréscimo de seu valor. Desse modo, em 2000, a fecundidade das mulheres nordestinas reduz-se a 2,6 filhos, valor bem próximo daquele observado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. As demais regiões também continuam mantendo a tendência de queda, sendo que a taxa de fecundidade total das mulheres nordestinas, ao atingirem o nível de 2,4 filhos, em média, por mulher em 2004, se aproximam cada vez mais do nível de reposição.

O decréscimo nacional e regional da fecundidade vem ocorrendo em todos os estratos sociais. A variável educação da mãe tem sido um dos principais fatores socioeconômicos a receber atenção especial nos estudos, tanto de mortalidade quanto de fecundidade, por ser importante na transformação de conduta da mulher frente à reprodução e de indicativo de uma melhor condição neste aspecto. Além disso, a educação influencia o comportamento da mãe desde a gravidez até a criação

dos filhos. A adoção de práticas mais saudáveis, a maior percepção quanto ao cuidado de higiene e saúde dos filhos e o maior poder de decisão da mãe mais instruída dentro do domicílio reforçam o papel da educação dela na melhoria das condições de sobrevivência das crianças e na redução dos níveis de fecundidade. Um resultado relevante da mudança nos níveis de fecundidade, com a consequente redução do número de nascimentos, refere-se a seus efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Estrutura etária relativa por sexo e idade. Brasil, 1940-2050.



Resultado de uma longa experiência de níveis elevados de fecundidade, a estrutura etária da população brasileira, até o final da década de 70, apresentava traços que a identificava como uma população predominantemente jovem. Uma das mais fortes evidências, encontradas na comparação temporal, diz respeito justamente ao estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população. Essa tendência reflete o declínio da fecundidade já observado, sobretudo a partir no censo de 80, e que se intensifica nas décadas seguintes quando, à diminuição relativa do número de crianças acrescenta-se, inicialmente, um aumento em termos absolutos em decorrência da inércia demográfica e uma posterior diminuição, a partir de 2010.

A estrutura da pirâmide na série temporal revela os efeitos de nascimentos em coortes originárias de períodos de fecundidade ainda elevada, de tal modo que, a partir de 1991, percebe-se o salto numérico da população em idade ativa (15 a 59 anos), ou seja, os chamados jovens e adultos, tanto em termos relativos quanto absolutos. De 1991 a 2000, esse grupo etário em idade de trabalhar pulou de 86,8 milhões para 106,4 milhões: incremento de 19,6 milhões, numa fase em que a economia começava a apresentar sinais de retração, com aumento do desemprego e diminuição da renda real do trabalhador.

Por outro lado, observa-se que, em âmbito nacional, a participação do grupo de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade, apesar do aumento observado em termos absolutos, manteve estável esta participação no total da população, entre 1940-1970, com patamares em torno de 42%, começando a declinar a partir de então, chegando em 2000 com uma proporção de 29,8%. Essa queda se contrapõe não só aos grupos de idades adultas, mas também aos idosos, que tiveram

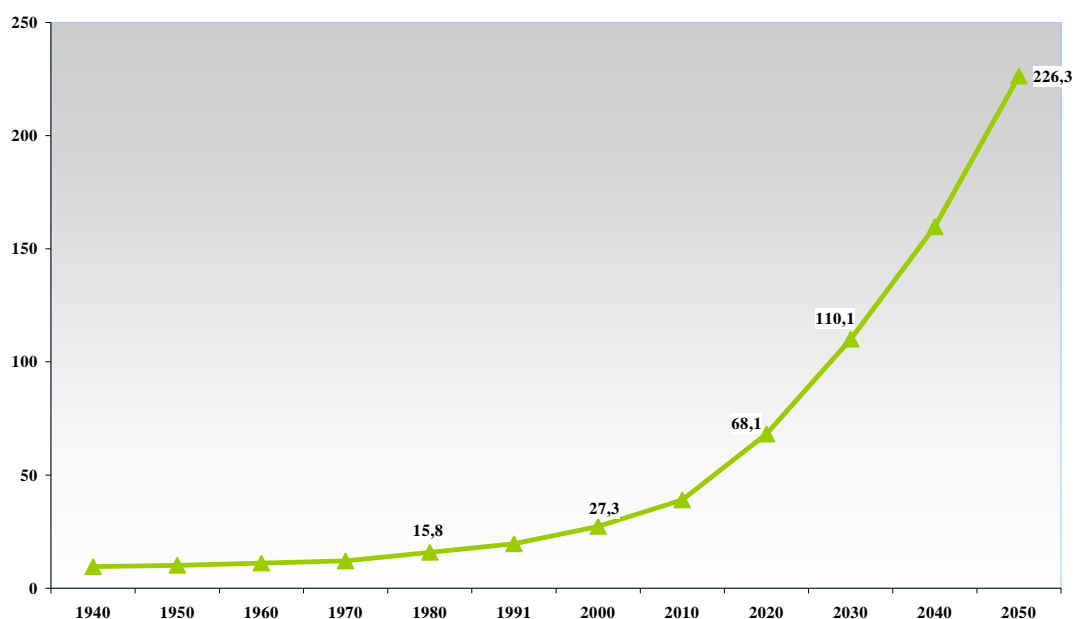
aumentadas suas participações proporcionais na composição etária da população, conforme mostrado no mesmo gráfico.

Focando o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, segundo estimativas do IBGE, verifica-se que há duplicação, em termos absolutos, entre 2000 e 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se seu valor, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Nesse ano, os idosos representarão 28,8%, contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população. Assim, as formas das futuras pirâmides etárias poderão ter diminuições sucessivas de contingentes na sua base e aumentos sucessivos nas idades posteriores, até atingir a forma de uma estrutura piramidal estável em que praticamente todos os grupos etários seriam de igual magnitude (Gráfico 2).

Segundo as novas projeções do IBGE (revisão 2007), considerando os grupos etários formados por crianças e adolescentes (zero a 14 anos de idade), jovens e adultos em idade de trabalhar (15 a 60 anos de idade) e idosos (60 anos ou mais de idade), é possível produzir indicadores de forma a se ter uma avaliação das alterações produzidas ao longo dos anos e nas projeções futuras, derivadas das transformações nos níveis de fecundidade. Considerando apenas os idosos, aumentará a responsabilidade na proteção deste contingente em processo de crescimento, tendência oposta à verificada para as crianças e adolescentes menores de 14 anos de idade. Se, em 1970, a dependência econômica em relação a esse grupo específico era de 79,7 crianças e adolescentes para cada 100 pessoas em idade ativa, em 2000 essa relação cai para 48 e para apenas 23,0 em 2050.

Em decorrência desses comportamentos distintos de crianças, adolescentes e idosos, verifica-se um aumento crescente no índice de envelhecimento da população brasileira, a tal ponto que, a se manterem as hipóteses de queda futura dos níveis da fecundidade no País, ter-se-á, em 2050, 226 idosos de 60 anos e mais de idade para cada 100 crianças e adolescentes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Índice de envelhecimento (relação entre idosos de 60 anos e mais e crianças menores de 15 anos). Brasil – 1940-2050.



Fonte: IBGE/DPE/Copis. Censos demográficos de 1940-2000. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2008.

Outro aspecto importante relacionado às mudanças no padrão demográfico no Brasil refere-se ao contínuo aumento da expectativa de vida. De 1980 a 2000, houve aumento de 11%. Em 2005, a expectativa chegou a 72 anos, com importantes diferenças regionais e por sexo. O Nordeste é a região com menor expectativa de vida. Um nordestino vive, em média, cinco anos a menos que um residente da região Sul, 4,5 anos a menos que um residente na região Sudeste e dois anos a menos que um residente na região Norte.

2.1.2. Situação epidemiológica

2.1.2.1. Morbidade

Apesar da redução significativa no perfil da mortalidade do País, as doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, em especial aquelas para as quais não estão disponíveis mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais. Ao apresentarem quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, algumas doenças transmissíveis configuram uma agenda inconclusa nesta área, com fatores limitantes da ação de saúde pública que tem dificultado o seu controle, a saber:

1) a associação com precárias condições de vida da população, seja relacionada à pobreza, à desnutrição, seja à moradia ou à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana, destacando-se, neste grupo, a tuberculose, a hanseníase, a esquistossomose, o tracoma, a dengue, a doença de Chagas, as doenças diarreicas e as gastroenterites;

2) a baixa efetividade de medidas de controle, ressaltando-se as leishmanioses, a leptospirose e a dengue;

3) o baixo investimento, por parte de indústrias farmacêuticas e de laboratórios produtores de insumos diagnósticos e de imunobiológicos, no desenvolvimento de medicamentos, vacinas e exames de laboratório que, por este ponto de vista, são denominadas 'doenças negligenciadas', grupo em que também se enquadram as patologias referidas anteriormente, acrescidas da doença de Chagas e da malária;

4) o alto custo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, o que gera dificuldades para a sustentabilidade das ações de prevenção e controle, incluindo neste espectro a Aids e as hepatites virais B e C;

5) os hábitos de vida, cuja intervenção requer estratégias diferenciadas visando a adoção de práticas saudáveis e medidas de redução de dano, envolvendo, nesta categoria, além das hepatites virais B e C, outras doenças sexualmente transmissíveis.

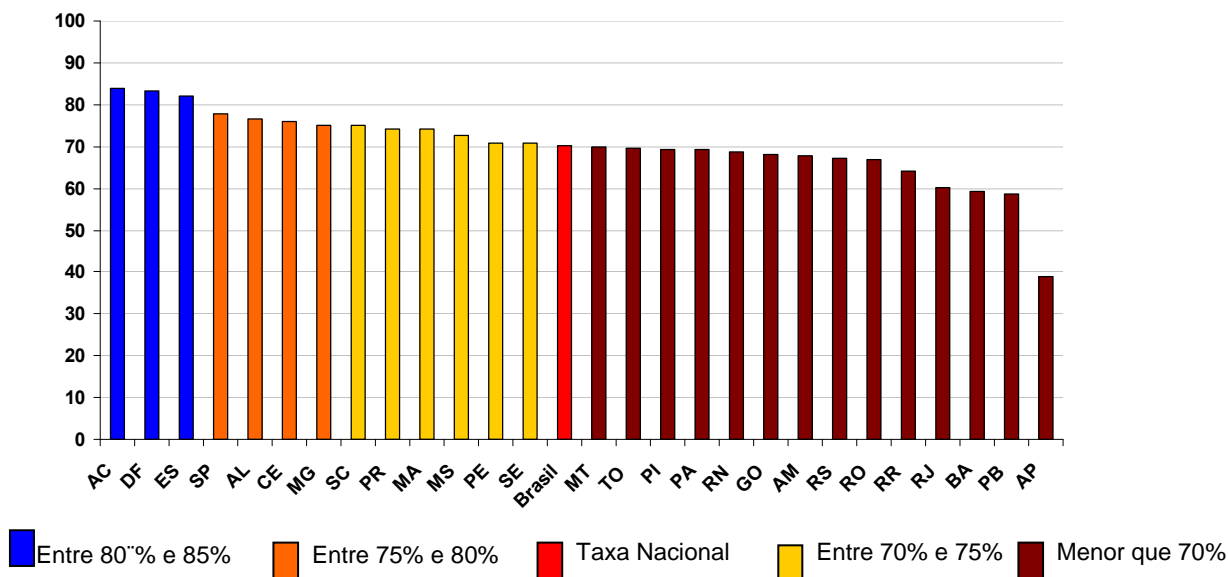
Verifica-se, portanto, que muitas vezes os fatores incidem conjuntamente sobre as mesmas doenças, o que requer a adoção de estratégias integradas do setor saúde e da área social como um todo.

a) Tuberculose

A taxa de incidência da tuberculose vem decrescendo desde 1996. Em 2007, o número de casos novos notificados foi de 72.194, com uma taxa de incidência de 38,2 casos por 100 mil habitantes. Os casos novos estão fortemente concentrados nas regiões Sudeste (45%) e Nordeste (28%), situação que se mantém estável há cerca de cinco anos.

A análise da taxa de cura da tuberculose bacilífera no nono mês mostrou que, em 2005, somente três estados atingiam esta meta e outros quatro estavam próximos de atingi-la (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Taxa de cura na situação de encerramento dos casos novos de tuberculose bacilífera. Brasil e UF, 2007. *



Fonte: PNCT/Devep/SVS/MS. * Dados sujeitos à revisão.

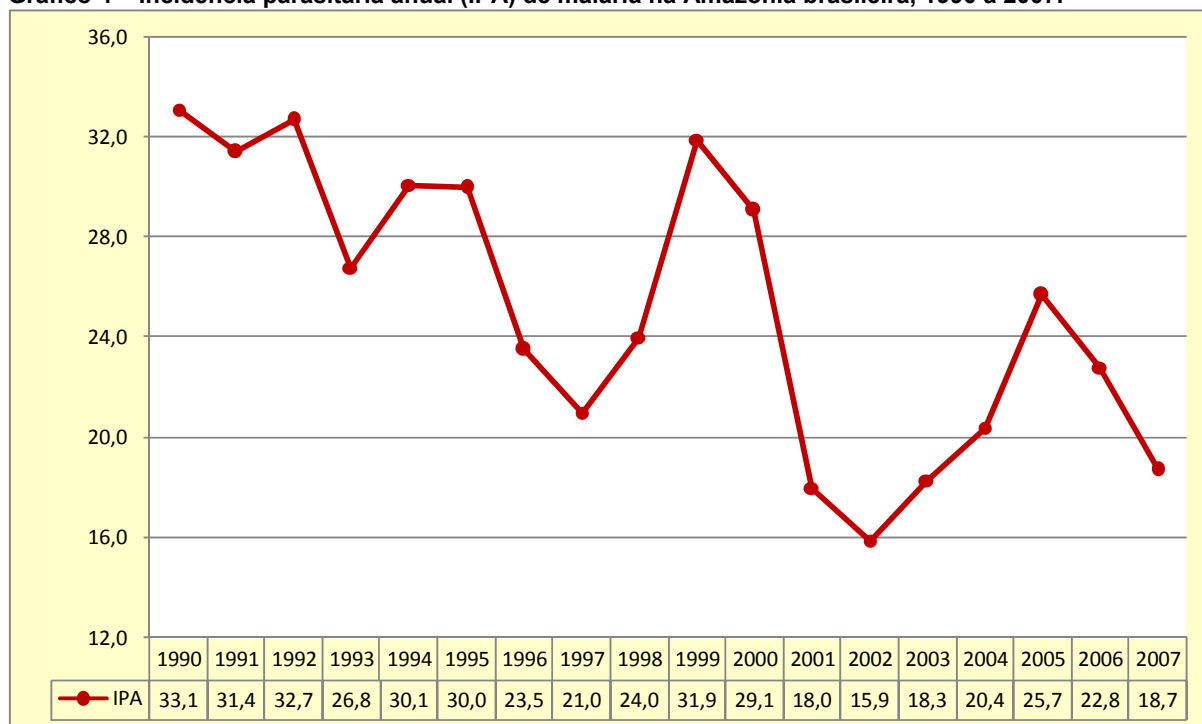
b) Malária

A Amazônia brasileira concentra 99,7% dos casos de malária no País. A incidência da doença na região caiu no período de 1990 a 2002, quando foram registrados menos de 350 mil casos. Entre 2003 e 2005, a tendência foi de alta, sendo invertida em 2006. Em 2007, a incidência de malária foi de 18,7 casos por 1.000 habitantes, com o registro de 457.569 casos da doença.

A redução de casos pode estar relacionada, principalmente, ao aprimoramento da estrutura de atendimento de casos da doença, à expansão da rede de diagnóstico, à melhor oportunidade de acesso ao tratamento, à mudança do tratamento para *P. falciparum*, ao uso da internet para a qualidade e oportunidade da informação visando focalização do planejamento das medidas de controle da doença e a um sistemático monitoramento da situação epidemiológica. Além disso, houve crescimento no número de profissionais de saúde trabalhando no programa de controle da malária.

A implementação da Rede de Diagnóstico da Malária na Amazônia Legal ampliou o acesso ao tratamento e ajudou a reduzir o número de casos graves. Em 2006, 56% dos infectados fizeram exames menos de 48 horas após o início dos sintomas da doença. Essa prontidão no atendimento médico permitiu uma queda significativa na mortalidade (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Incidência parasitária anual (IPA) de malária na Amazônia brasileira, 1990 a 2007.



Fonte: Sivep-malária/SVS/MS.

O controle da malária é reforçado, ainda, pelos serviços de drenagem e manejo ambiental. Essa medida visa reduzir o impacto provocado por enchentes urbanas e ribeirinhas, por meio de intervenções de drenagem em aglomerados urbanos, nos municípios localizados em áreas endêmicas com transmissão urbana autóctone, contribuindo para minimizar a proliferação de vetores.

c) Hanseníase

A hanseníase tem apresentado uma redução significativa da prevalência na última década, mas ainda são detectados por ano cerca de 50 mil casos. A taxa de detecção em 2007 foi de 21,2 por 100 mil habitantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de casos novos e taxa de detecção da hanseníase. Brasil - 2001 a 2007

Ano	Número de casos novos	Taxa de detecção (100 mil hab.)
2001	45.874	26,61
2002	49.475	28,33
2003	51.941	29,37
2004	50.583	28,24
2005	49.464	26,86
2006	43.652	23,37
2007	40.126	21,19

Fonte: CGIAE/Dasis-SVS/MS.

A meta proposta pela OMS é alcançar a prevalência de 1/10.000 habitantes. O Programa Nacional de Controle da Hanseníase estabelece como prioridade a redução de casos em menores de 15 anos de idade. Para tanto, é necessária a integração com a atenção básica, de maneira a tornar mais acessíveis o diagnóstico e o tratamento, além de melhorar a vigilância dos contatos, quebrando a cadeia de transmissão. Em 24 estados, a taxa de cura, em 2007, foi igual ou maior a 75%.

d) Aids

A proporção de brasileiros infectados pelo HIV não apresentou mudanças significativas nos últimos anos. Em 2006, viviam no Brasil aproximadamente 630 mil portadores do vírus, indicando que a infecção se manteve estável em relação a 2000. De 1998 a 2006, a taxa de prevalência, na faixa de 15 a 49 anos de idade, permaneceu em 0,6% (0,8% entre os homens e 0,4% entre as mulheres). A mesma tendência foi observada entre jovens do sexo feminino, com 15 a 24 anos de idade: a taxa oscilou de 0,28%, em 2004, para 0,26% em 2006.

A manutenção da taxa de prevalência foi acompanhada por uma pequena oscilação da incidência. De 1980, quando foi feito o primeiro diagnóstico da síndrome no Brasil, até dezembro de 2007, o Ministério da Saúde identificou 501.487 casos da doença, número que exclui os portadores de HIV que não desenvolveram a doença. A incidência média anual, nos últimos anos, foi de aproximadamente 36 mil casos e vem apresentando um leve decréscimo a cada ano. Em 2006, a taxa de incidência foi de 18,7 casos para cada 100 mil habitantes.

e) Hepatites

As informações sobre a epidemiologia das hepatites virais no Brasil podem ser estimadas a partir dos resultados parciais obtidos no estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais, que se iniciou em 2005 e está em fase de conclusão.

No que tange à ocorrência da hepatite B nas regiões brasileiras, a Amazônica é a única que apresenta alta endemicidade deste agravo. As demais regiões caracterizam-se por padrões de baixa endemicidade. O inquérito reforça tal fato nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e no Distrito Federal, nos quais a prevalência de infecção pelo vírus B variou entre 0,11% a 0,74%. Quanto à hepatite C, esses números variaram entre 0,9% e 1,9%. Os dados mencionados foram coletados no período de 2005 a 2007.

Assim, considerando os limites superiores das estimativas nessas regiões, ter-se-ia um número máximo de 494.204 indivíduos que foram infectados pelo vírus da hepatite B e 1.268.904 pelo vírus da hepatite C. Ressalte-se que o inquérito foi realizado nas capitais, e utilizados os limites superiores para o cálculo das estimativas. Essas, portanto, não representam necessariamente as prevalências no País como um todo. Existem diversidades na ocorrência das hepatites virais entre as regiões que devem ser consideradas.

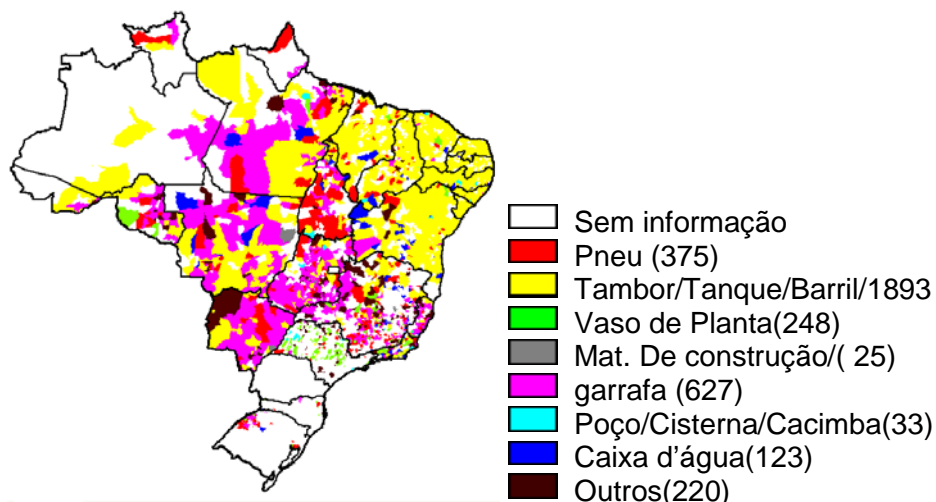
f) Dengue

Dois grandes períodos caracterizam a transmissão da dengue no País. O primeiro, que abrange os anos de 1986 a 1993, destaca-se pela ocorrência de ondas epidêmicas localizadas, com a introdução do sorotipo Denv 1, no Rio de Janeiro, e a sua expansão para algumas capitais do Nordeste e, no início dos anos 90, com a introdução do sorotipo Denv 2 e o registro dos primeiros casos de febre hemorrágica. No segundo período, de 1994 a 2002, o vírus circulou rapidamente pelo País, com epidemias de grande magnitude em centros urbanos importantes, intercaladas com transmissão de caráter endêmico em muitos municípios. A introdução do sorotipo Denv 3, em 2002, resultou na maior epidemia de dengue do País, com cerca de 800 mil casos, cujo epicentro foi o Rio de Janeiro. Em 2006, houve agravamento da situação epidemiológica, quando comparado a 2005, com o registro de epidemias em alguns estados e a circulação simultânea dos três sorotipos.

Nos últimos anos, em virtude da progressiva hiperendemicidade da dengue e a reemergência do Denv 2, observa-se um aumento na severidade dos casos e, mais recentemente, um diferente padrão na distribuição da idade, com uma alta proporção de casos em menores de 15 anos de idade.

Diversos fatores explicam a rápida expansão do mosquito *Aedes aegypti* pelo território brasileiro, destacando-se o acelerado processo de urbanização e a formação de complexos aglomerados urbanos com problemas agudos de abastecimento de água e coleta de lixo, a produção excessiva de materiais não biodegradáveis, como descartáveis de plástico e vidro, além do aumento do transporte de pessoas e cargas. Associam-se a esse processo as mudanças climáticas que estão alterando sensivelmente o regime de chuvas e temperatura. A condição ambiental, com a disponibilidade de reservatórios para o vetor, é importante determinante da ocorrência de casos de dengue.

Figura 1 – *Aedes aegypti* - depósitos predominantes, Brasil 2007.



Fonte: Sisfad/MS

g) Doenças imunopreveníveis

Na história da prevenção e controle das doenças imunopreveníveis no Brasil, é importante destacar a implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Esses fatores vêm contribuindo gradualmente para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem de forma residual nos últimos anos.

Até o momento, a única doença imunoprevenível erradicada no mundo é a varíola. No entanto, outras doenças, como a poliomielite e o sarampo, encontram-se eliminadas do Brasil e em processo de erradicação no mundo. Apesar disso, as medidas de prevenção e controle devem ser mantidas continuamente, para evitar que essas doenças voltem aos níveis anteriores.

No período de 2001 a 2007, foram confirmados 30.867 casos das principais doenças imunopreveníveis: rubéola, sarampo, tétano acidental, tétano neonatal, difteria, coqueluche, e meningite por hemófilos. Nesse período, foram registrados 1.664 óbitos. A doença imunoprevenível que apresentou maior número de casos nesse período foi a rubéola, com 18.926 casos confirmados (Gráfico 5). Essa doença encontrava-se em declínio até o final de 2005; entretanto, a partir de 2006, o País apresentou surtos em 22 unidades federadas, em decorrência da transmissão na população susceptível, predominantemente adultos jovens.

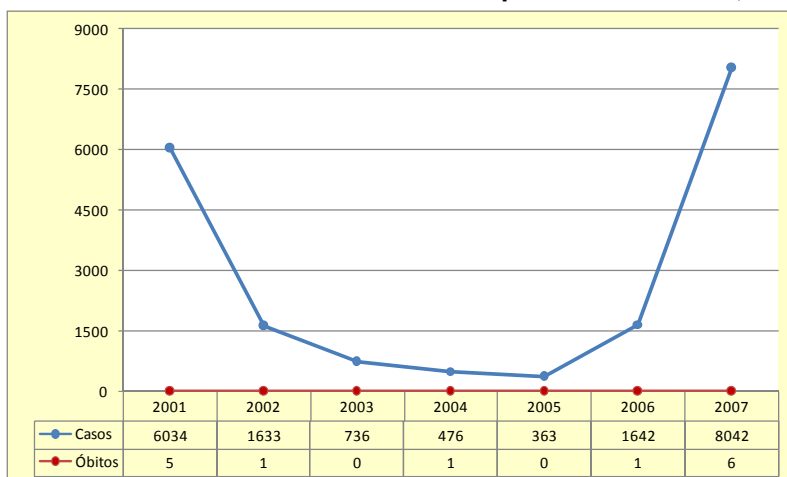
Nesse mesmo período, foram confirmados apenas casos importados de sarampo. No ano de 2006, ocorreu um surto na Bahia com a identificação do vírus "D4", o qual não circulava no País e nas Américas.

Com relação ao tétano neonatal, em 2007, foram confirmados apenas cinco casos, número que representa uma redução de 87,2% do total de casos

confirmados no ano de 2001 (n=39). No entanto, a taxa de letalidade desse agravo ainda permanece alta (40%) (Gráfico 6).

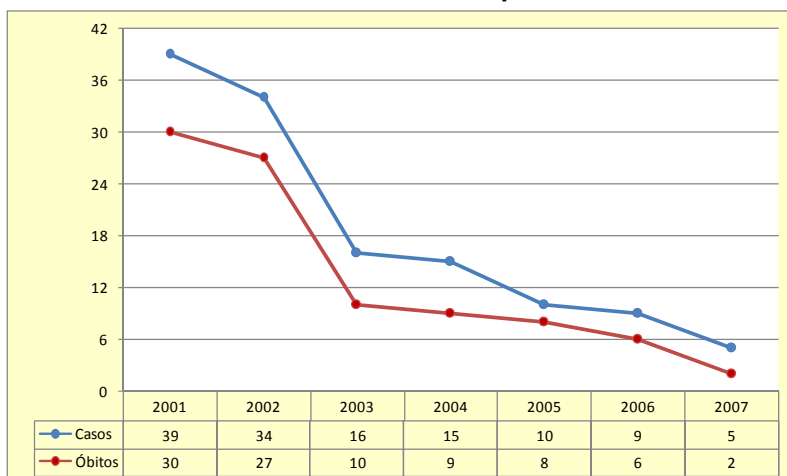
Com relação à meningite causada por hemófilos, após a introdução da vacina contra o *haemophilus influenzae* tipo b (HIB), em 1999, houve uma redução de mais de 90% na ocorrência de casos entre os menores de cinco anos de idade.

Gráfico 5. Casos confirmados e óbitos por rubéola. Brasil, 2001 a 2007.

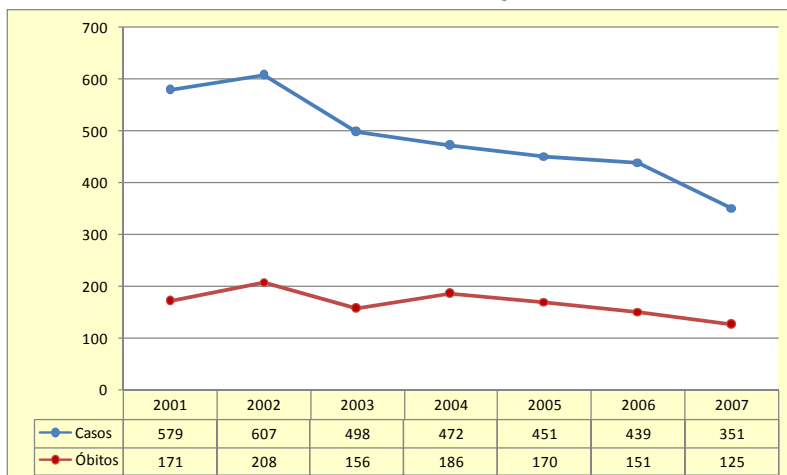


Fonte: Sinan/BNS (Boletim de Notificação de Surtos)

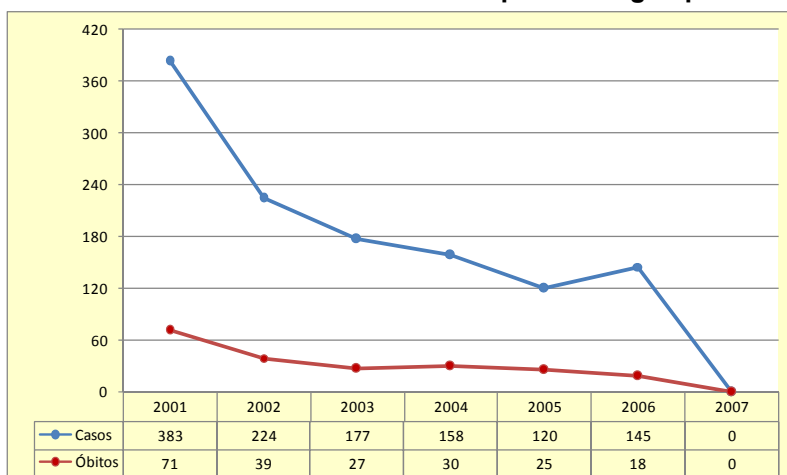
Gráfico 6. Casos confirmados e óbitos por tétano neonatal. Brasil, 2001 a 2007.



Fonte: Sinan

Gráfico 7. Casos confirmados e óbitos por tétano acidental. Brasil, 2001 a 2007.

Fonte: Sinan

Gráfico 8. Casos confirmados e óbitos por meningite por hemófilos. Brasil, 2001 a 2007.

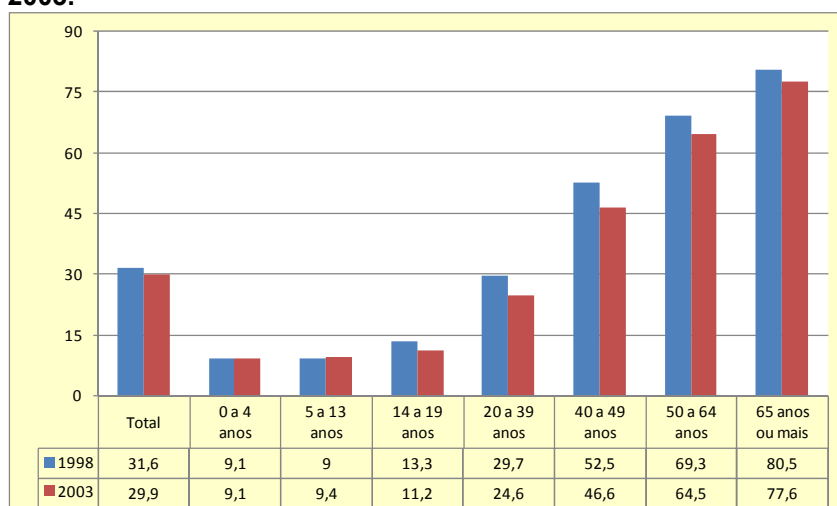
Fonte: Sinan

h) Doenças crônicas não transmissíveis¹

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad –, realizada nos anos de 1998 e 2003 (Pnad - saúde), mostrou que, a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiram ter doença crônica, com percentual mais alto nas faixas etárias mais elevadas, observando-se ligeira redução em 2003 em comparação a 1998 (Gráfico 9).

¹ MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D.; JAMISON, D.T. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 72, p. 495-509, 1994.

Gráfico 9 – Proporção de pessoas que referiram doença crônica por idade – Brasil 1998 e 2003.

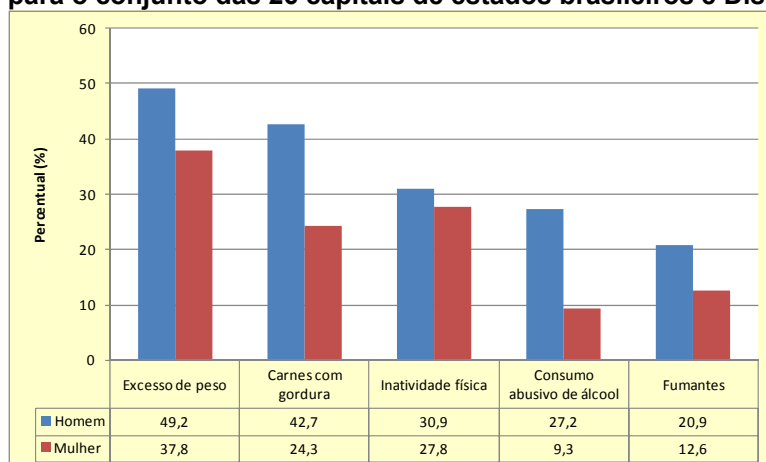


Fonte: Pnad Saúde – IBGE – 1998 e 2003.

As principais doenças crônicas não transmissíveis têm em comum a maioria dos fatores de riscos. Existem evidências científicas de que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 e 40% dos vários tipos de câncer. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde – OMS – indicam que um conjunto pequeno de fatores de risco é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias – determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gordura animal –, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.

Os principais fatores de risco para doenças crônicas na população brasileira estão no Gráfico 10, no qual se observa que os homens apresentaram maior frequência destes fatores do que as mulheres.

Gráfico 10 – Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, segundo sexo, para o conjunto das 26 capitais de estados brasileiros e Distrito Federal. Brasil, 2007.

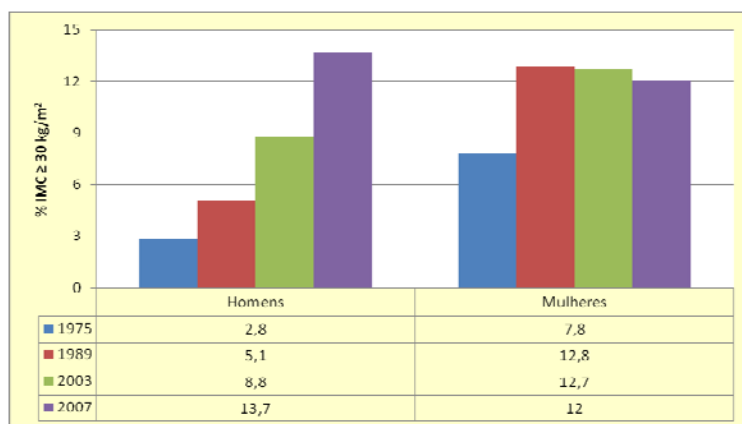


Fonte: BRASIL. Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Brasília: MS, 2007.

Antes visto como um estilo de vida, o tabagismo hoje é considerado uma dependência química, expondo os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Tido como um grande problema de saúde pública pela OMS, o tabagismo é considerado uma pandemia, responsável por cerca de cinco milhões de mortes em todo o mundo por ano. Responde pelo aumento do risco de morbimortalidade por doenças coronarianas, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre as neoplasias associadas com o uso do tabaco, destacam-se o câncer de pulmão – com risco atribuível de 90% –, faringe, esôfago, lábios, colo de útero etc. Pesquisa domiciliar realizada nos anos 2002/2003, em 16 capitais e no Distrito Federal, encontrou prevalência de fumantes de 19%. A pesquisa por telefone feita em todas as capitais e no DF em 2007 observou prevalência de fumantes de 16,4%. O consumo do cigarro é maior entre as gerações das décadas de 30, 40 e 50 e entre os homens. O consumo do cigarro vem sendo reduzido progressivamente no Brasil.

Já a obesidade, segundo a OMS, é um dos grandes problemas mundiais: mais de dois bilhões de pessoas apresentam excesso de peso e 400 milhões são obesos. A obesidade é considerada doença crônica multifatorial e também fator de risco para várias doenças crônicas. Fatores ambientais e estilo de vida não saudável, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, desempenham um papel preponderante na ocorrência da obesidade, apesar de os fatores genéticos atuarem como co-fatores, aumentando a suscetibilidade para o ganho de peso. Doenças cardíacas, como infarto e hipertensão, a diabete, o câncer de mama, o câncer de cólon etc. estão associados com o excesso de peso e a obesidade, que tem aumentado consideravelmente no Brasil, especialmente nas capitais, onde a frequência de adultos obesos chega a 12,9% (Vigitel, 2007) (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Tendência da obesidade no Brasil.



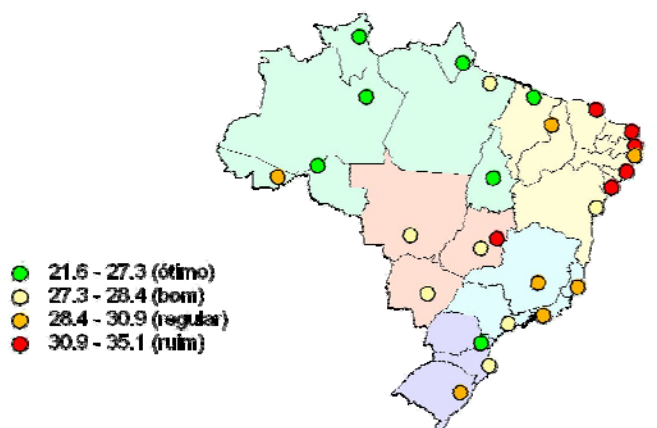
Fontes: Monteiro, 2005 e Vigitel, 2007.

De outra parte, são relativamente recentes as evidências que comprovam como um estilo de vida ativo protege o indivíduo de vários agravos, incluindo doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabete tipo 2, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos contra doenças crônicas.

Estimativas globais da OMS indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% a 16% dos casos de diabetes e de câncer de mama, cólon e reto. As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no trabalho, no deslocamento para o trabalho, nos deveres domésticos e no lazer.

Em 2007, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) investigou a frequência de adultos na condição de completa inatividade física (indivíduos que não praticam qualquer atividade física no lazer, não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas). Essa pesquisa revelou elevado percentual de inatividade física, variando de 24,9%, em Porto Velho, a 32,8% em Recife (Figura 2). De modo geral, a inatividade física tendeu a ser semelhante em ambos os sexos.

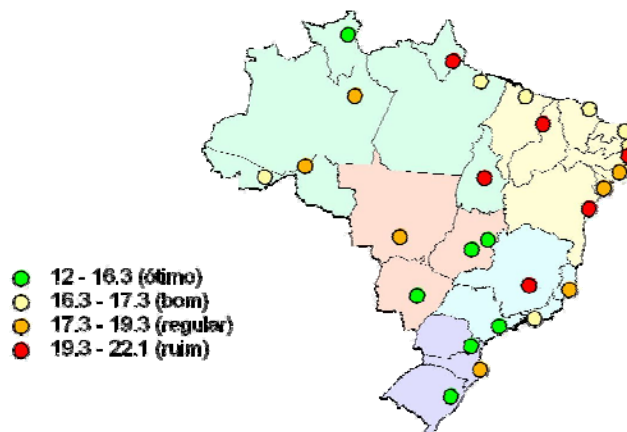
Figura 2 – Frequência de adultos com inatividade física nas 26 capitais de estados brasileiros e Distrito Federal, Brasil, 2006.



Fonte: Vigitel 2006/CGDant/Dasis-SVS/MS.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas, por outro lado, configura sério problema de saúde pública, cujos efeitos repercutem na saúde física e mental dos indivíduos, atuando como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes, cujo tratamento requer processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. Entre as conseqüências, figuram doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo – com aposentadorias precoces e hospitalizações –, acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares (Figura 3).

Figura 3 – Frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais e DF. 2006.



Hipertensão arterial e diabetes melito

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes melito, assumiram ônus crescente e preocupante. A prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

A diabetes melito configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, as dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da diabetes. Estima-se um contingente populacional brasileiro de seis milhões de portadores da doença. O grande impacto econômico da diabetes ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

A pesquisa por telefone, realizada nas capitais em 2007 pelo Vigitel, mostrou que a frequência de adultos que auto-referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 13,8%, em Palmas, e 29,6% no Rio de Janeiro. A Tabela 3 mostra a prevalência de hipertensão arterial auto-referida segundo as regiões do País. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Campo Grande (22,6%), João Pessoa (23,1%) e Recife (25,5%) e as menores em Porto Velho e Palmas (15,3%), Macapá (14,8%) e Aracaju (14,6%). Entre mulheres, as maiores frequências foram encontradas em Recife (27,6%), Porto Alegre (28,3%) e Rio de Janeiro (30,7%) e as menores em Boa Vista (17,7%), Belém (16,2%) e Palmas (12,3%).

Tabela 3 – Prevalência de hipertensão arterial referida em adultos (≥ 18 anos de idade) nas 26 capitais de estados e no Distrito Federal, por região. Brasil, 2007.

Região	Hipertensão %	arterial IC 95%
Norte	24,5	23,1-25,9
Nordeste	22,0	20,4-23,5
Sudeste	21,2	19,9-22,5
Sul	19,4	17,8-21,0
Centro-Oeste	23,2	21,8-24,5

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Brasília: MS, 2007.

A frequência de adultos que auto-referiram diagnóstico médico prévio de diabetes variou entre 1,8%, em Boa Vista, e 7,5% em Natal. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Florianópolis e Porto Alegre (5,4%), Fortaleza (5,9%) e Cuiabá (6,4%), e as menores em Vitória (3,5%), Rio Branco (2,9%) e Boa Vista (1,4%). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente na cidade de São Paulo (6,7%), Porto Alegre (6,9%) e Natal (9,4%), e menos frequente em Palmas e Manaus (2,9%) e Boa Vista (2,1%). A Tabela 4 mostra a prevalência de diabetes auto-referida segundo as regiões do País, não havendo diferença significativa entre elas.

Tabela 4 – Prevalência de diabetes referida em adultos (≥ 18 anos de idade) no conjunto das 26 capitais de estados no Distrito Federal, por região. Brasil, 2007.

Regiões	Diabetes %	IC 95%
Norte	5,5	4,9-6,1
Nordeste	5,3	4,6-6,1
Sudeste	4,6	4,0-5,1
Sul	5,4	4,4-6,4
Centro-Oeste	5,1	4,5-5,7

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Brasília: MS, 2007.

i) Doenças emergentes e reemergentes

Como assinalado, desde o início da década de 80, algumas doenças infecciosas vêm sendo detectadas ou foram re-introduzidas no Brasil, destacando-se a Aids (1980), a dengue (1982), a cólera (1991) e a hantavirose (1993). Entre essas, somente para a cólera foi possível alcançar uma redução significativa na última década. Ressalte-se ainda que, nos últimos anos, outras doenças infecciosas têm se expressado mundialmente sob a forma de epidemias ou pandemias. Esse fato tem exigido o fortalecimento da capacidade do País para detectar e responder prontamente aos novos desafios, mesmo antes da sua ocorrência em território

brasileiro, destacando-se, em especial, a preparação para a febre do Nilo ocidental, a síndrome respiratória aguda grave e a influenza.

O desafio mais recente para a saúde pública global tem sido representado pela persistente necessidade de preparação/resposta para a ameaça da influenza aviária, devido à ocorrência da epizootia com o acometimento de milhões de aves em vários países, iniciada em 2004, e pela possibilidade de transmissão humana deste agente com potencial gravidade clínica.

Além dos riscos relacionados, sejam as supracitadas emergências, seja provocado por outro agente biológico, ou mesmo o risco da propagação internacional de agentes químicos ou radionucleares impõe, mais uma vez, a necessidade de que o País esteja preparado para a sua prevenção ou o seu enfrentamento. Para tal, é fundamental o aprimoramento das estruturas nacionais para prevenção e controle, que permitam detectar precocemente a ocorrência de uma doença na população, analisar as suas principais características epidemiológicas – populacionais, temporais e espaciais – e adotar as medidas adequadas para evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população.

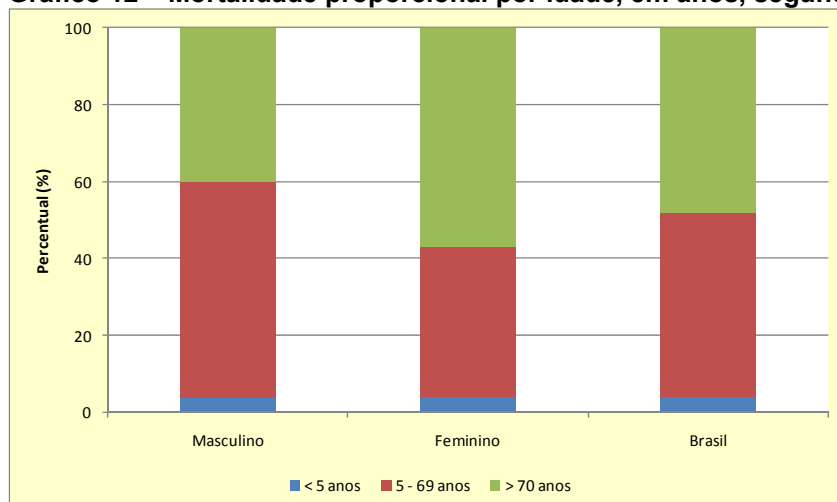
2.1.2.2. Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – captou, em 2007, um total de 1.048.107 óbitos no Brasil, dos quais 57,5% foram de indivíduos de sexo masculino. A taxa geral de mortalidade, em 2007, foi de 5,54 por mil habitantes, diferindo segundo as regiões. A taxa bruta de mortalidade das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foi de 6,2, 6,1 e 4,7/1.000 habitantes, respectivamente. Nas regiões Norte e Nordeste, as taxas foram, respectivamente, de 3,7 e 5,0/1.000 habitantes.

A análise dos dados de mortalidade proporcional revelou uma concentração de 44,5% dos óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos de idade. Ao se analisar a mortalidade proporcional segundo as regiões, observa-se que no Norte (34,2%) e no Centro-Oeste (38,5%) ocorreram proporções menores de óbitos nessa faixa etária, quando comparadas às informações das demais regiões. A região Norte apresentou a maior proporção de óbitos entre menores de cinco anos de idade (12,1%), seguida pelo Nordeste (7,2%). Entretanto, é importante destacar que a menor proporção observada nessa região pode estar relacionada à baixa cobertura de óbitos dessa faixa etária. Por outro lado, entre pessoas com idade igual ou superior a 70 anos de idade, a maior mortalidade proporcional ocorreu na região Sul (47%).

Existe diferença importante na mortalidade proporcional entre homens e mulheres. Entre os homens, a mortalidade é maior em faixas etárias mais jovens que as mulheres. Aproximadamente 54% dos óbitos entre as mulheres ocorreram na faixa etária com 70 anos ou mais de idade, enquanto para os homens o percentual foi de 37,4% (Gráfico 12).

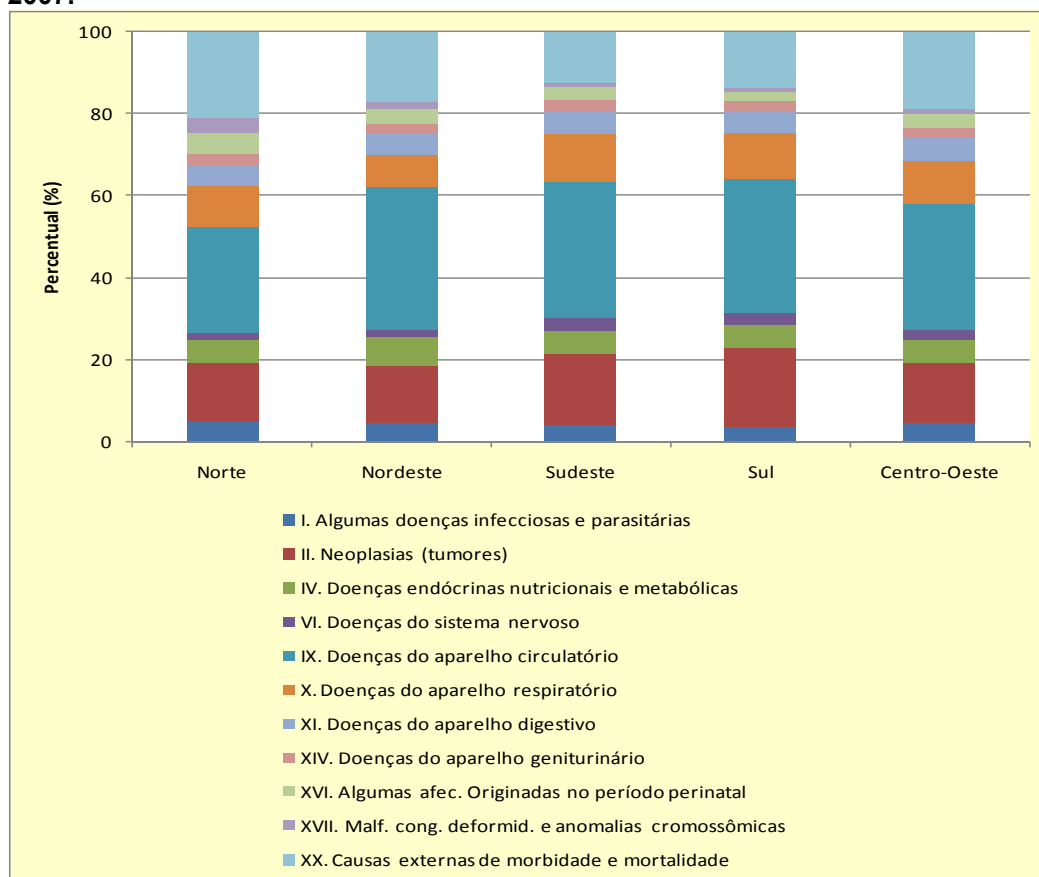
Gráfico 12 – Mortalidade proporcional por idade, em anos, segundo o sexo. Brasil, 2007.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

As doenças do aparelho circulatório, em 2007, foram a primeira causa de óbito no Brasil e em todas as regiões (Gráfico 13), sendo responsáveis por 29,4% dos óbitos. Nas regiões Sudeste e Sul, as neoplasias foram a segunda causa (15,8% e 18,8%, respectivamente), seguidas pelas causas externas (11,0% e 11,9%). Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as causas externas foram a segunda causa de mortalidade (16,3%, 13,9% e 16,4%, respectivamente), seguidas pelas neoplasias (12,9%, 13,4% e 15,2%).

Gráfico 13 – Distribuição proporcional das principais causas de morte – Brasil e regiões, 2007.



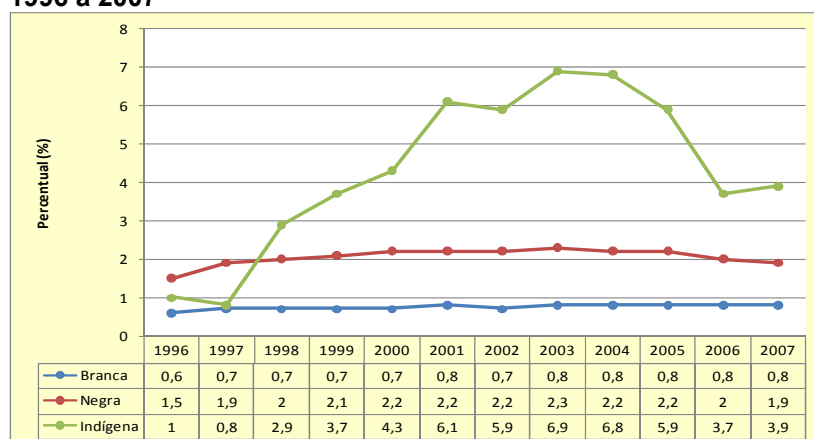
Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS.

Na população indígena, 27% dos óbitos, em 2007, ocorreram antes dos cinco anos de idade, enquanto aproximadamente 61% das mortes de pessoas amarelas ocorreram após os 70 anos de idade.

No mesmo período, a população da cor preta apresentou maior risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias, gravidez, parto e puerpério, causas externas e causas mal definidas. Também os negros morreram mais jovens que os brancos.

A mortalidade proporcional segundo causas nutricionais foi maior na população indígena, seguida dos negros e dos brancos em 2007, e correspondeu a 3,9, 1,9 e 0,8%, respectivamente. (Gráfico 14).

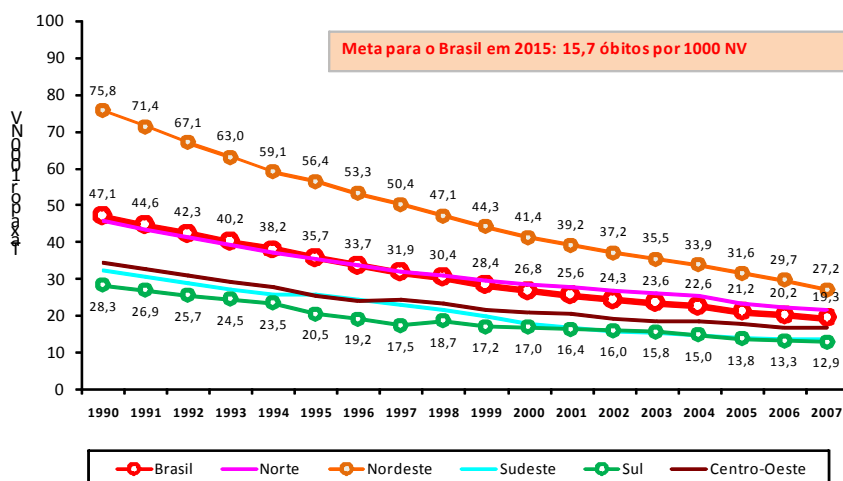
Gráfico 14 – Mortalidade proporcional por causas nutricionais segundo raça/cor. Brasil – 1996 a 2007



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

No período de 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se em 59% (47,1 para 19,3 por mil nascidos vivos/NV), correspondendo a uma queda percentual anual de 4,8%. Essa queda se observa em todas as regiões do Brasil, com destaque para o Nordeste (64%), seguido do Sudeste (58%). No entanto, essas taxas ainda são elevadas, especialmente no Norte (21,7 óbitos por 1.000 NV) e no Nordeste (27,1), o que repercute na média nacional (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Tendência da taxa de mortalidade infantil no Brasil – 1990 a 2007.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS. Dados preliminares.

A redução sustentada da mortalidade infantil no Brasil foi possível graças à adoção de diversas ações, entre as quais se destacam: aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas; utilização da terapia de reidratação oral (entre os 48 mil óbitos em menores de um ano de idade em 2006, as diarreias foram responsáveis por 1.384 óbitos, enquanto que em 1997 este número atingiu 4.034 óbitos); aumento da cobertura do pré-natal; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria das condições ambientais (principalmente fornecimento de água potável) (Barreto, Genser *et al.*, 2007) e nutricional da população; aumento da taxa de escolaridade das mães; e aumento das taxas de aleitamento materno.

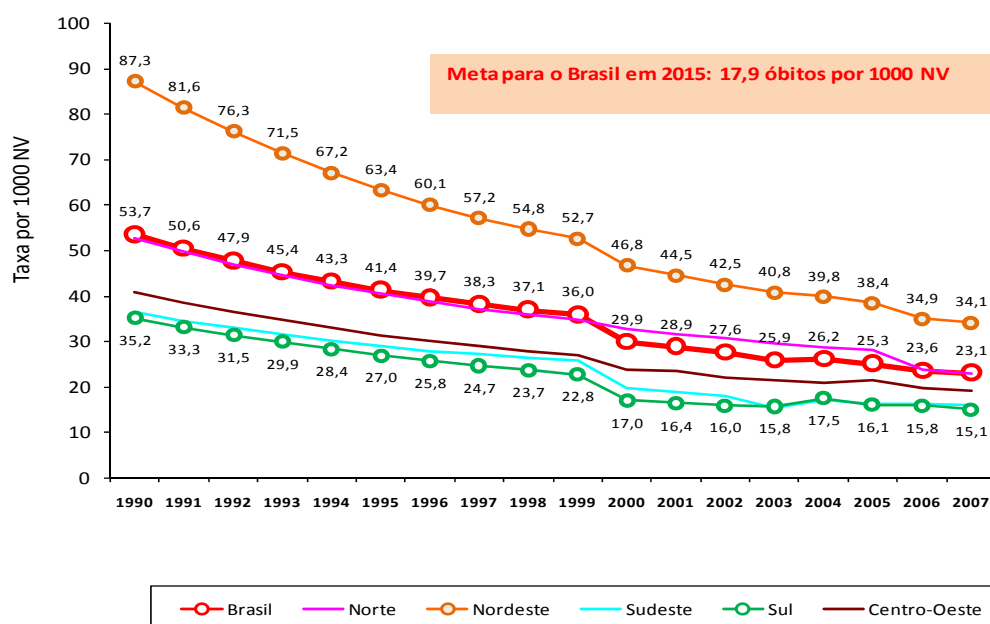
A taxa de mortalidade infantil tem caído mais significativamente no período pós-neonatal (entre 28 dias e 12 meses de idade). O maior desafio, agora, é reduzir mais significativamente a mortalidade neonatal (nos primeiros 27 dias de vida).

A mortalidade por causas perinatais representa, atualmente, o principal contingente dos óbitos no primeiro ano de vida: em 2007, respondia por 58,9% (26.574 óbitos) da mortalidade dos menores de um ano de idade. As doenças infecciosas ainda têm uma participação importante na mortalidade, sendo a terceira causa de óbito. Entre 1996 e 2007, foi observada uma redução bastante importante (48%). Os seus fatores causais encontram-se intimamente associados às condições de saúde da gestante e à qualidade dos cuidados prestados durante o pré-natal, o parto e a assistência ao recém-nascido.

Entre os indígenas, a taxa de mortalidade infantil apresenta-se muito superior em relação aos não indígenas. As principais causas de óbito no primeiro ano de vida são: perinatais, pneumonia e diarreia, associadas à desnutrição.

A taxa de mortalidade na infância (menores de cinco anos de idade), desde 1990 a 2007, também apresenta tendência de queda, com uma redução de 55,2% neste período para o Brasil (queda anual média de 4,4%). Essa queda ocorreu em todas as regiões, em especial na região Nordeste (60%), seguida da região Sul (57%) (Gráfico 16). A queda da mortalidade na infância está ocorrendo especificamente pela queda dos óbitos nos menores de um ano de idade.

Gráfico 16. Evolução das taxas de mortalidade na Infância no Brasil e grandes regiões. 1990 – 2007.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS.

Em 2005 e 2007, as causas externas aparecem entre as principais causas de morte entre as crianças de um a quatro anos de idade, junto com as doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias.

Por outro lado, na faixa etária entre um a 10 anos de idade incompletos, as causas externas (acidentes e violências) têm aumentado, e já se configuram como a primeira causa de óbito. Os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar (36%), seguidos pelos afogamentos (27%), e agressões (violências) (6,8%). Os riscos à respiração (4,7%) aparecem como a quarta causa de morte nessa faixa etária (SIM – 2006).

Em 2006, do total de óbitos maternos, pouco mais da metade ocorreu em mulheres negras, considerando-se esta população como a composta por pessoas de cor preta e parda. Cerca de dois terços dos óbitos maternos ocorreram por causas obstétricas diretas. Observa-se uma concentração percentual de óbitos maternos nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade, atingindo um valor em torno de 75%, no período de 1996 a 2006. A hipertensão (21,4%), a hemorragia (13,9%) e as infecções puerperais (7,3%) aparecem como as três principais causas de morte materna, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério (6,4%) e o aborto (5,7%) (CGIAE/Dasis/SVS).

a) Doenças transmissíveis

As doenças infecciosas e parasitárias representam uma carga importante no padrão epidemiológico brasileiro, embora se observe uma redução da morbidade e da mortalidade para o conjunto destas doenças. Nas décadas de 30, 40 e 50, as doenças transmissíveis eram a principal causa de mortalidade no Brasil. Na década de 30, respondiam por mais de um terço dos óbitos registrados nas capitais brasileiras e, em 2007, por 4,8% da mortalidade, sendo a sétima causa de morte no País, com um total de 45.659 óbitos. Melhorias sanitárias, acesso aos serviços de saneamento básico, desenvolvimento de novas tecnologias (como as vacinas e os antibióticos), a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle foram algumas das intervenções que influenciaram na mudança acentuada desse quadro.

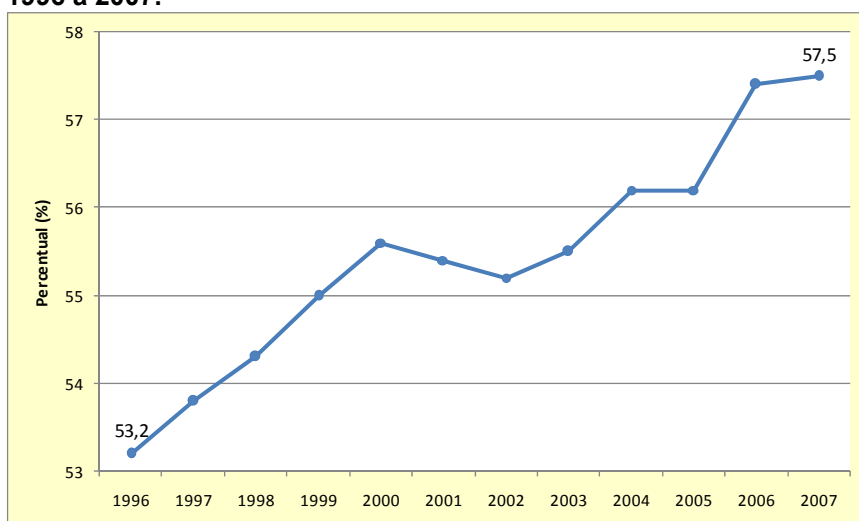
A mortalidade por tuberculose está declinando no Brasil. Em 2007, considerando a tuberculose somente como causa básica, a taxa foi de 2,63 por 100 mil. Considerando-a como causa básica e como causa associada, a taxa foi de 4 por 100 mil. A análise da tuberculose como causa básica do óbito e como causa associada é importante porque quando ocorre um óbito por co-infecção Aids/tuberculose, a Aids será sempre a causa básica da morte, o que faz com que só se conheça uma parte dos óbitos por tuberculose.

b) Doenças crônicas não transmissíveis²

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) representam aproximadamente 40% dos óbitos notificados no Brasil. A proporção de óbitos por grupos de causas varia entre as regiões e estados, por faixa etária e por indicadores socioeconômicos individuais e municipais. A proporção de óbitos por doenças não transmissíveis é maior nas faixas etárias mais elevadas, nos indivíduos com maior escolaridade, nos municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos. A mortalidade proporcional por DCNT vem aumentando no Brasil: em 1996, respondia por 53,2% das mortes; em 2007, passou para 57,5%.

² MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D.; JAMISON, D.T. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 72, p. 495-509, 1994.

Gráfico 17 – Mortalidade proporcional por doença crônica não transmissível no Brasil – 1996 a 2007.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

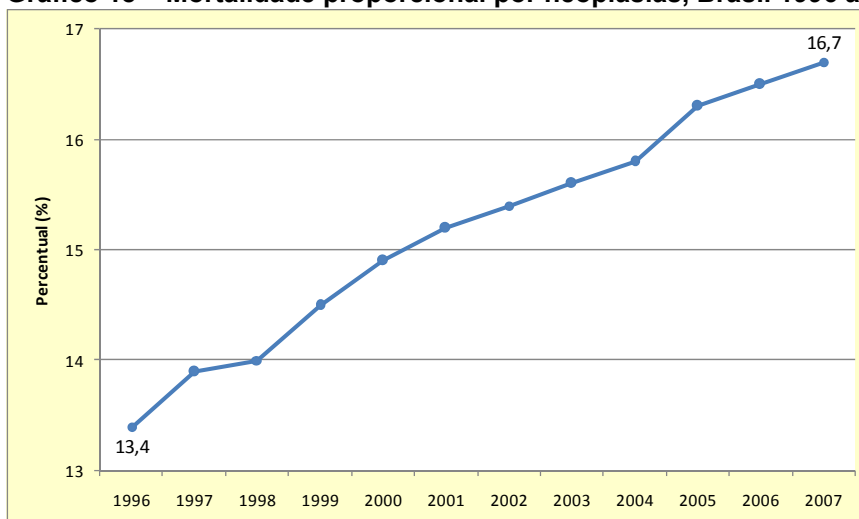
Doenças do aparelho circulatório

Em 2007, ocorreram 305.872 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos no País e a 32% das causas definidas de morte. Nesse mesmo ano, entre todas as causas específicas, a doença cerebrovascular foi a primeira causa de óbito na população – com 96.089 óbitos –, correspondendo a 9,2% da mortalidade geral. Os óbitos por infarto do miocárdio foram 71.207 (6,8% da mortalidade geral). A soma dos óbitos por infarto do miocárdio com as demais doenças isquêmicas do coração resulta num total de 91.653 óbitos, sendo a segunda causa de morte na população brasileira (8,8% da mortalidade geral). A doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito, com 38.954 mortes, que correspondeu a 3,7% da mortalidade geral nesse ano.

Neoplasias

Foram registrados 157.386 óbitos por neoplasias, em 2007, no Brasil. A tendência da mortalidade por câncer é de crescimento no País: passou de 13,4% a 16,7% da mortalidade proporcional nos últimos 12 anos (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Mortalidade proporcional por neoplasias, Brasil 1996 a 2007.



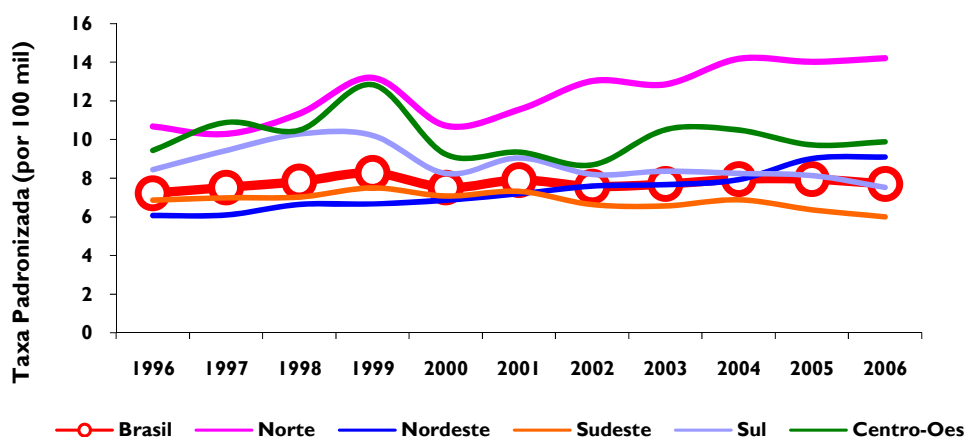
Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

Os tipos de câncer que mais causaram mortes entre as mulheres em 2007 foram os de mama (15,2% das mortes por neoplasias, entre as mulheres), seguido pelo câncer da traquéia, brônquios e pulmões (9,7%) e colo de útero (6,4%). Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traquéia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo câncer de próstata (13,4%) e o de estômago (9,8%).

A mortalidade por câncer de pulmão mostra tendência de estabilização entre homens de uma maneira geral. Ressalte-se que, quando se analisa por faixa etária, a tendência é de queda da mortalidade em homens com até 59 anos de idade. Entre as mulheres, as tendências são de aumento da mortalidade em todas as faixas etárias.

O câncer de mama mostrou grande crescimento nas últimas décadas e uma tendência de estabilização desde 2000. Nas regiões, as tendências são de aumento no Nordeste, Centro-Oeste e Norte. O câncer de colo do útero apresenta um discreto aumento da mortalidade no País (Gráfico 19). A análise por região indica que somente o estado de São Paulo mostrava tendência de queda desde a década de 90. Os estados da região Sul e os demais estados do Sudeste, Distrito Federal e Goiás passaram a mostrar tendência de queda da mortalidade a partir de 2000. Os demais estados mostram tendência de aumento da mortalidade, influenciando a tendência nacional.

Gráfico 19 – Taxa de mortalidade padronizada de câncer de colo do útero por 100 mil hab. Brasil, 1996 – 2006.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

Diabete

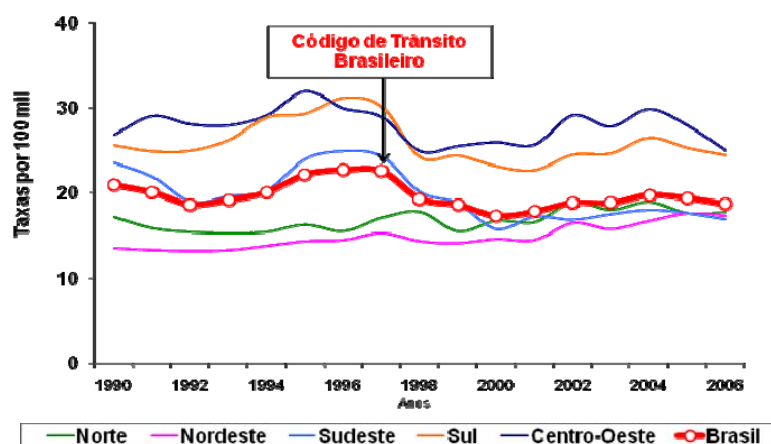
Nas últimas décadas, tem sido observado um aumento da mortalidade por complicações decorrentes de diabete (em 2007, ocorreram 47.432 óbitos). A região Sudeste mostrou as maiores taxas desde 1980, com intenso crescimento da mortalidade em todas as outras regiões.

Causas externas

Em 2007, as causas externas foram responsáveis por 129.838 óbitos – 12,5% do total de óbitos –, representando a terceira causa de morte no País, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Destaque-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as causas externas apresentam uma gravidade ainda maior, representando a segunda maior causa de morte. No Brasil, as causas externas mais frequentes são os acidentes de transporte terrestre – ATT – (37.997 mortes) e os homicídios (47.292 mortes).

A tendência observada para a mortalidade por esse tipo de acidentes tem mostrado oscilações ao longo do tempo. A taxa padronizada teve tendência de subida desde 1980, quando correspondia 18,6 por 100 mil habitantes, atingindo um pico, em 1986, de 23,7. Depois, essa taxa caiu, atingindo valor de 18,6, em 1992; ascendeu para 22,5, em 1997; apresentou uma nova queda até 2000 (18,6/100mil); e uma elevação discreta em 2006, que foi de 18,7 por 100 mil habitantes. A queda das taxas e do número absoluto de óbitos no período de 1998 a 2000 está associada à implantação do Código Brasileiro de Trânsito e todos os seus desdobramentos, como novos valores das multas, sistema de pontuação nas carteiras de motorista, municipalização do trânsito etc. (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Acidentes de transportes terrestres, taxa de mortalidade nas regiões do Brasil, 1990 – 2006.



Fonte: SIM-CGIAE/Dasis/SVS/MS

O óbito por acidente com motocicleta é o tipo que mais cresce entre os acidentes de trânsito em todo País, em todos os estados e na maioria dos municípios. Em 2006, dobrou em algumas capitais em relação a 2005.

No tocante a homicídios, a taxa correspondente dobrou em 24 anos: em 1980, era de 14,1 óbitos para cada 100 mil habitantes e, em 2003, foi de 29/100 mil. Desde 2004, vem sendo observada uma redução no risco de morte por homicídio, cuja taxa foi de 27 por 100 mil e de 24/100 mil, em 2006. Comparado ao ano de 2003, houve uma queda de 7% no risco e de 12,5% no número de homicídios em 2006.

Cabe lembrar que, no final de 2003, foi implantado no Brasil o Estatuto do Desarmamento e um maior controle sobre a venda, a compra e o registro de armas de fogo. Em julho de 2004, iniciou-se a campanha de recolhimento voluntário de armas de fogo. Essas medidas são apontadas como responsáveis pela redução das taxas de mortalidade e de internação no SUS por agressão³. Nos estados onde o recolhimento de armas do fogo foi maior, houve maior redução das taxas de mortalidade por agressão. Em todas as regiões, os homens em idade jovem estão sob maior risco de serem vítimas de homicídios. A partir dos 15 anos de idade, em todas as regiões, as taxas elevam-se e voltam a cair dos 30 anos de idade em diante.

³ MARINHO DE SOUZA, M. F.; MACINKO, J.; ALENCAR, A. P.; MALTA, D. C.; MORAIS, N. O. L. Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. *Health Affairs*, Millwood VA, v. 2, p. 575-584, 2007.

2.1.2.3. Grupos vulneráveis e intervenções específicas

A atenção às populações segundo suas especificidades de gênero, por faixa etária e por condição de agravo e determinados modos de vida é um desafio que reúne contingente expressivo da população brasileira, representado por crianças, adolescentes e jovens, mulheres, trabalhadores, homens, idosos, pessoas com deficiência e pessoas privadas de liberdade. Acrescem-se, ainda, as intervenções específicas, tais como aquelas no âmbito da saúde mental, da alimentação e nutrição, e da saúde bucal.

a) Criança e aleitamento materno

O compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM - e o Pacto pela Saúde colocam como prioritárias as ações que se dirigem à redução da mortalidade infantil. Entre os ODM está a redução em 2/3 da mortalidade de menores de cinco anos de idade até 2015.

Conforme assinalado anteriormente, entre 1990 e 2007, a taxa de mortalidade infantil apresentou tendência contínua de queda no Brasil (de 47,1/1000 para 19,3/1000), com uma redução média de 59,7%. Uma avaliação de desempenho de 68 países em desenvolvimento indicou que o Brasil ocupa a segunda posição entre 16 em condições de atingir a meta de 2/3 de redução da taxa de mortalidade na infância. Apesar dos avanços, a taxa ainda é considerada muito alta. Essa taxa reflete os obstáculos que ainda persistem em alguns locais na organização do sistema, como: fragilidade da atenção primária; precarização da força de trabalho, devido à dificuldade de captação/fixação do profissional médico no interior; inadequada estrutura física e falta de equipamentos para a conformação dos serviços de atenção ao binômio mãe-filho, desde a atenção básica até a alta complexidade; incipiente processo de regulação da rede da assistência; e insuficiente monitoramento e avaliação, com foco na mortalidade materna, infantil e fetal.

No Brasil, nascem em torno de três milhões de crianças a cada ano. Cerca de 21 milhões – 12% do total da população brasileira – são crianças entre zero a seis anos de idade, faixa etária na qual a velocidade de crescimento é maior, tornando-as vulneráveis aos mais variados tipos de agravos. Entre as crianças em situação de maior risco pode-se citar a população infantil quilombola e indígena.

A atenção integral à saúde da criança registrou grandes avanços, que repercutiram nas taxas de mortalidade na infância. A redução da desnutrição infantil e dos óbitos por doenças infecciosas foi decisiva para a queda dessa taxa. O combate às doenças prevalentes na infância – diarreias, sífilis e rubéola congênita, tétano neonatal, HIV/Aids, doenças respiratórias/alergias – demanda ações intersetoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário.

Apesar de as taxas de aleitamento materno estarem em ascensão, ainda se encontram muito aquém daquelas recomendadas pela OMS: menos de 10% das crianças são amamentadas exclusivamente até os seis meses de vida e menos da metade são amamentadas até os 12 primeiros meses.

Com relação à alimentação complementar, assinala-se que a prática inadequada nos dois primeiros anos de vida – principalmente entre as populações menos favorecidas – está intimamente associada ao aumento da morbidade, representada pelas doenças infecciosas, pela desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, particularmente de ferro, zinco e vitamina A. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan – mostram altos percentuais dessa inadequação quanto às recomendações do MS. Isso confirma a vulnerabilidade desse grupo etário e a importância de estratégias de promoção da alimentação complementar saudável nos serviços de saúde.

Muitas mortes infantis são evitáveis por meio de medidas simples de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, mediante diagnóstico precoce

e tratamento adequado, algumas dirigidas às próprias crianças, enquanto outras demandam ações associadas à saúde da mulher.

b) Adolescente e jovem

A mortalidade da população jovem brasileira – de 10 a 24 anos de idade – é marcada pelas causas externas, que englobam agressões, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, envenenamentos, entre outras, com diferenças marcantes por faixa etária. Na população entre 10 a 14 anos de idade, os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar; os afogamentos, o segundo; e os homicídios, a terceira causa de morte. Já entre as faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade, os homicídios representam a principal causa de morte superando todas as outras causas de mortes violentas e todas as enfermidades (IDB 2007).

Em 2006, do total de óbitos ocorridos no País, os homicídios responderam por 38% dos óbitos no grupo etário entre 10 a 24 anos de idade (SIM/Datasus). Os jovens do sexo masculino representam a maioria das vítimas por homicídios no Brasil, o que confere a esta população um forte fator demográfico de risco. Em 2005, o risco de uma pessoa jovem do sexo masculino morrer vítima de homicídio era aproximadamente 14 vezes maior do que jovens do sexo feminino. Naquele ano, as taxas foram, respectivamente, 63,7 e 4,5, por 100 mil habitantes (IDB 2007). Nas últimas décadas, a mortalidade na população jovem apresentou acentuado aumento, configurando-se importante indicador para a definição de política de saúde para esta população.

No tocante à saúde sexual e reprodutiva, em 2006, 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais até os 15 anos de idade. Entre os homens, apenas 20% têm sua primeira relação após os 17 anos de idade (PNDS-2006).

Durante toda a década de 90 até o ano de 2001, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%. A partir de 2002, estudo de Berquó e Cavenaghi (2004), baseado nos censos do IBGE de 1980, 1991 e 2000, evidenciou que houve uma diminuição na fertilidade em todas as faixas etárias, inclusive em adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Em 2007, foram realizados 2.114.280 partos pelo SUS em adolescentes e jovens (de 10 a 24 anos de idade). Os dados apontam o maior número de partos, em todas as faixas etárias, na região Nordeste (742.541), o equivalente a 35% do total nacional, seguida pela região Sudeste (723.657), correspondendo a 34% do total. Em seguida, encontram-se as regiões Norte (247.160, 12%), Sul (244.512, 12%) e Centro-Oeste (156.410, 7 %) (SIH/SUS/Datasus/MS).

No contexto da saúde sexual e reprodutiva ainda, outro dado importante é a epidemia de Aids, que tem crescido mais entre adolescentes e jovens do sexo feminino (o primeiro caso de Aids em jovens brasileiros foi notificado em 1982). Até 2007, foram identificados 58.049 casos, sendo 10.988 entre jovens de 13 e 19 anos de idade e 47.061 entre os de 20 e 24 anos de idade. A partir de 1998, houve inversão da razão de sexo dos casos de Aids em jovens de 13 a 19 anos de idade. Em 2007, esse indicador atingiu o valor de 0,7:1 (H:M), ou seja: sete casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Em jovens de 20 a 24 anos de idade, a inversão da razão de sexo não foi observada. A razão de sexo em 2007 foi de 1,0:1 (H:M). Em ambas as faixas etárias, percebe-se uma queda na razão de sexo com o decorrer dos anos, indicando feminização da epidemia de Aids.

Registre-se também a exploração sexual de adolescentes e jovens no País, com impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Recente estudo do governo federal⁴ mostrou que a exploração sexual de crianças e adolescentes é uma prática disseminada, presente em 937 municípios, dos quais 298 (31,8%) situam-se na região Nordeste; 241 (25,7%) na Sudeste; 162 (17,3%) na Sul; 127 (13,6%) na Centro-oeste; e 109 (11,6%) na Norte. A morbidade de adolescentes e jovens também é marcada por diversas modalidades de violências, sendo que a maior parte das vítimas não-letais pertence ao sexo feminino. Um percentual de 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios teve como vítima a mulher (Pnad, 1998).

Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, em 2004, em todas as capitais, com 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, revelou que a idade do primeiro uso de drogas legais, álcool e tabaco, foi menor que o primeiro uso das outras drogas pesquisadas: em média, com 12 anos e 5 meses para álcool e 12 anos e 8 meses para tabaco. Quanto ao uso de medicamentos de forma abusiva e sem receita, em média, o primeiro uso foi aos 13 anos de idade. A idade do uso da cocaína foi a mais alta (média de 14 anos e quatro meses de idade). No âmbito da saúde pública, historicamente, os transtornos mentais associados ao uso de álcool e outras drogas são a segunda causa de internação psiquiátrica. Em 2007, as internações para o tratamento desses transtornos foram de 98.006 (Datusus, 2007). Dessas, 14.737 foram na faixa etária de 10 a 24 anos de idade, representando mais de 15% do total de internações desta natureza, sendo que 2.625 referem-se aos transtornos por uso de álcool e 12.112 por uso de outras substâncias psicoativas.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) 2007, de um total de 44,7 milhões de crianças e adolescentes – cinco a 17 anos de idade – 4,8 milhões estavam trabalhando. Essa estimativa apontou redução em relação a 2006, quando existiam 5,1 milhões de trabalhadores nessa faixa etária. A proporção de crianças e adolescentes trabalhadores nessa faixa etária passou de 11,5%, em 2006, para 10,8%, em 2007. Um dos efeitos perversos desse panorama refere-se às exposições a ambientes de trabalho insalubres e ao trabalho infantil perigoso, que comprometem o desenvolvimento biológico e psicológico da criança.

Vários esforços foram realizados nos últimos 20 anos para erradicar o trabalho infantil e assegurar os direitos dos jovens trabalhadores. Todavia, como mostra o número exposto, a questão do trabalho infantil é de grande complexidade e magnitude, e exige medidas intersetoriais, que consigam abranger a real dimensão do problema, incluindo a óptica específica da saúde. Nesse sentido, em consonância com outros setores do governo, o MS formulou a Política Nacional de Saúde para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente. Entre as medidas previstas para viabilizar a Política, destaca-se a elegibilidade de crianças e adolescentes acidentadas no trabalho como evento passível de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 777/2004). Essa Política contempla medidas educativas, de vigilância e de assistência, voltadas a contribuir para a prevenção e identificação do trabalho infantil.

c) Mulher

Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos – crônicas não transmissíveis/DCNT – e subdesenvolvidos (mortalidade materna e desnutrição). A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres,

⁴ LEAL, M. L. et al. **Enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil (1996-2004)**. Save the Children/Suécia/Violes/SER/UnB. Rio de Janeiro, 2005).

pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma sociedade. razões de mortalidade materna (RMM) elevadas podem indicar condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade.

A estabilidade da mortalidade materna de 1999 a 2005 pode estar associada a uma melhoria na atenção obstétrica e ao planejamento familiar, concomitante à melhoria de registro e da investigação do óbito. Entre 1999 e 2006, a porcentagem de mães sem consulta de pré-natal caiu de 14,3% para 1,3%. O número de consultas de pré-natal foi desigual segundo a região: o Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram maior número de mães com sete ou mais consultas; o Norte e Nordeste, maior número com quatro a seis consultas. Ter tido sete ou mais consultas de pré-natal está associado a maior escolaridade das mães e boas condições socioeconômicas do município. (IDB 2007)

As diferenças de raça/cor também se mostraram determinantes no acesso desigual ao pré-natal (Sinasc). Mães de nascidos vivos de raça/cor negra tiveram maior chance de ter recebido menos consultas de pré-natal (apenas 44% tiveram sete ou mais consultas) comparadas às mães dos nascidos vivos de cor branca (65%), independente da escolaridade e das condições socioeconômicas dos municípios. As mães que se declararam solteiras (Sinasc) tiveram menos consultas de pré-natal que as casadas (45% das mães solteiras tiveram sete ou mais consultas, frente a 65% das mães casadas). Da mesma forma, as mães adolescentes receberam menos consultas de pré-natal em relação às mães maiores que 19 anos de idade (42% das mães adolescentes fizeram sete ou mais consultas, ante a 56% das mães com mais de 19 anos de idade).

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade desta assistência ainda é insuficiente. A alta incidência de sífilis congênita e o fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil indicam que há margem para aprimoramentos. Os dados também evidenciam que a maioria das mulheres não retorna aos serviços de saúde no primeiro mês após o parto para a consulta de puerpério. Outros aspectos da atenção ao parto e ao nascimento podem ser melhorados, como a intensa medicalização, as intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, a alta porcentagem de cesarianas, o isolamento da gestante e a falta de privacidade. Todos esses fatores contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais (Brasil, 2001).

No tocante à assistência em anticoncepção, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS/2006 -, observa-se a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a pílula e a esterilização feminina (22,1% e 21,8%, respectivamente). A prevalência da esterilização é maior em mulheres acima de 30 anos de idade, ao passo que a pílula é o método mais utilizado entre as mulheres até 29 anos de idade (PNDS, 2006). A utilização de outros métodos anticoncepcionais ainda é pouco expressiva, mas é importante notar que houve um aumento do uso nos últimos 10 anos (PNDS/1996).

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, as complicações nas mulheres incluem a doença inflamatória pélvica (DIP), que pode ter como consequência a infertilidade, a dor crônica e/ou a gravidez ectópica, gerando, em decorrência, a mortalidade materna associada. Também existe uma estreita correlação entre o câncer de colo uterino e alguns subtipos do HPV. As complicações em recém-nascidos incluem a sífilis congênita e as infecções por gonococo, clamídia, HPV, hepatite B e HIV.

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Pesquisa coordenada pela OMS (2002) em oito países retrata o perfil da violência sofrida pelas mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de idade. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo e na zona da mata de Pernambuco. Nesses municípios, 29% das mulheres relataram violência física e/ou sexual por parte

do companheiro. Em Pernambuco, 34% das mulheres relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro. Os dados dessa pesquisa confirmam que a violência sexual e/ou doméstica é um grave problema de saúde pública. Porém, entre as mulheres que relataram violência, apenas 16% (em São Paulo) e 11% (em Pernambuco) buscaram hospitais ou centros de saúde (OMS, 2002).

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas, sobretudo das mulheres, tornam necessárias medidas visando à qualidade de vida deste grupo durante e após o climatério. O abuso no uso de estrógenos para os sintomas do climatério/menopausa acarreta sérios problemas para a saúde, e as mulheres devem ser corretamente informadas para que possam decidir pela adoção ou não da terapia de reposição hormonal.

Por fim, é importante lembrar que os óbitos por doenças não transmissíveis têm crescido entre as mulheres. O tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, e a sobrecarga de responsabilidades – aumento do número de mulheres chefes de família –, entre outros fatores, impactam sobre a mudança do perfil epidemiológico das mulheres. Hoje, a hipertensão arterial e a diabetes melito constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares.

d) Homem

O sexo masculino predomina entre os nascimentos vivos – o Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Sinasc registra cerca de 5% a mais de meninos, ao nascer – e apresenta maior mortalidade em todas as idades, até os 79 anos. O excedente de mortes masculinas é mais acentuado nos grupos etários de 15 a 29 e de 30 a 39 anos de idade, nos quais a proporção de homens no total de mortes ocorridas foi, respectivamente, de 79% e 72%, em 2006. Embora a vida média dos homens tenha aumentado de 59,7 para 68,4 anos entre 1980 e 2005, desde 1991 ela vem se mantendo 7,6 anos abaixo da média para as mulheres.

Análises estatísticas revelam que as principais causas de morte no sexo masculino são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas e das neoplasias. Entretanto, o panorama é diverso quando se desagregam os dados por causas específicas e por faixa etária. Entre homens jovens (15-29 anos de idade), todas as cinco principais causas de morte são causas externas, com destaque para as agressões e os acidentes de transporte. Na faixa intermediária (30-59 anos de idade), há maior homogeneidade, preponderando causas externas e doenças do aparelho circulatório. Entre os idosos, as três primeiras posições são ocupadas por doenças do aparelho circulatório, que representam mais de um terço das mortes.

A menor procura da população masculina por serviços de saúde e seu processo de adoecimento são constatações que indicam a necessidade de estudos que identifiquem estas questões relacionadas ao gênero. Destacam-se ainda os transtornos mentais, que pesam na hospitalização de homens jovens e adultos, e cuja associação com o uso/abuso de álcool – mais da terça parte dos casos – pode ser evidenciada pelo detalhamento dos dados disponíveis.

e) Idoso

O Brasil contava, segundo o censo de 2000, com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo.

A prevalência da hipertensão arterial na população idosa brasileira, baseada em estudos populacionais, encontra-se entre 60% e 80% (FIRMO, 2003;

KEARNEY, 2005). A hipertensão arterial é o principal fator de risco para as doenças cerebrovasculares, (LEWINGTON, 2002) que, por sua vez, são a primeira causa de morte no País (Lima-Costa 2004). As demências, por outro lado, representam um conjunto de doenças de maior impacto na capacidade funcional da pessoa idosa, levando à perda progressiva da autonomia e da independência, que invariavelmente demanda a necessidade de um cuidador (GIACOMIN, 2005). A partir de 2002, com a implementação dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso e do protocolo para tratamento da doença de Alzheimer, os pacientes passaram a ter acesso gratuito aos medicamentos para tratamento específico desta enfermidade. Outro agravamento que compromete a qualidade de vida do idoso é a queda. Entre as causas externas, a queda em pessoas idosas configura-se como a primeira razão de internação hospitalar, respondendo por 54% do total, nesse mesmo ano.

Na atenção à saúde dessa população, destacam-se o lançamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a priorização a este segmento no Pacto pela Vida, importante passo para a identificação deste segmento em risco de fragilização e/ou já fragilizada. Para efeito de priorização do atendimento na rede de atenção básica, foi implantada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, concomitantemente à edição do caderno de atenção básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” em todo o País. A implantação desses instrumentos acompanha processo de educação permanente dos profissionais para melhor atendimento das necessidades e demandas específicas da população idosa. Na humanização na atenção às pessoas idosas, registre-se a implantação do acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco, assim como o fortalecimento da participação social dos idosos. Cabe ainda registrar a vacinação contra a influenza: em 2007, foram administradas 13,8 milhões de doses da vacina, atingindo uma cobertura de 76% da população idosa.

f) Trabalhador

Em 2002, a população economicamente ativa (PEA) do País, segundo estimativa do BGE, era de 82 milhões de pessoas, das quais 75 milhões foram consideradas ocupadas. Entre os trabalhadores remunerados, seis milhões encontravam-se em atividades domésticas, 17 milhões trabalhavam por conta própria e três milhões eram empregadores. Dos assalariados, apenas 22 mil trabalhavam na iniciativa privada com carteira assinada, com a cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho da Previdência Social (SAT). Em 2007, a PEA no País, de acordo com estimativa do IBGE, era 98,8 milhões, sendo que apenas 32 milhões possuíam empregos formais regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT –, ou seja, com carteira assinada (o que equivale a cerca de 35% da PEA).

No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou, apenas entre os quase 23 milhões de trabalhadores formais (menos de 30% da PEA), um total de um milhão de acidentes de trabalho, sendo 87 mil com óbitos ou incapacidade permanente. O coeficiente médio de mortalidade nesse período foi de 14,84 por 100 mil trabalhadores. Comparando-se o coeficiente de mortalidade do Brasil com o de outros países, estudados pela Organização Internacional do Trabalho – OIT –, no início da década de 1990, observa-se que o risco de morrer devido aos acidentes de trabalho é alto. Embora elevados, esses números não refletem ainda a realidade. Ressalte-se que doenças e acidentes relacionados ao trabalho são agravos evitáveis e que os trabalhadores jovens do mercado formal são mais vulneráveis. A OMS estima que, na América Latina, apenas entre 1% e 4% das doenças relacionadas ao trabalho sejam notificadas.

Em 2007, do total de 650 mil acidentes do trabalho registrados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS –, 80,7% corresponderam a acidentes típicos, 15,3% a acidentes de trajeto e 4,0% a doenças do trabalho. As mulheres participaram com 20,7% e os homens com 79,3% no total de acidentes registrados. Nos acidentes típicos e nos de trajeto, a faixa etária com maior incidência foi a de 20 a

29 anos de idade com, respectivamente, 39,8% e 41,5% do total de acidentes registrados. O setor agrícola contribuiu com 5,1% do total de acidentes, enquanto a indústria e serviços tiveram participações de 49,3% e 45,6%, em respectivo.

Nos acidentes típicos, os subsetores com maior participação nos acidentes foram o de produtos alimentares e bebidas (12%) e de saúde e serviços sociais (8,5%). Nos acidentes de trajeto, as maiores participações foram dos serviços prestados principalmente a empresas e do comércio varejista (13,5% e 12,6% do total). Nas doenças do trabalho, destacaram os subsetores intermediários financeiros (12,2%) e o comércio varejista (8,9%). Em 2007, o número de acidentes de trabalho liquidados atingiu 688,7 mil ocorrências (acréscimo de 23,2% em relação a 2006). A simples assistência médica cresceu 10,6%, a incapacidade temporária aumentou 26,3%, a incapacidade permanente caiu 7,6%; os óbitos subiram 0,2%. As principais ocorrências dos acidentes de trabalho liquidados foram as incapacidades temporárias com menos de 15 dias e com mais de 15 dias (43,4% e 40,9%, respectivamente). Entre os acidentes mencionados, incluem-se amputações, queimaduras, corrosões e esmagamentos. Estatísticas (MPS, 2008) indicam que o Brasil perde de 2,3% a 4% do PIB a cada ano com o pagamento de benefícios previdenciários e o afastamento dos trabalhadores de suas atividades.

É possível considerar que o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de agravos que tem relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as “doenças profissionais”; doenças que têm sua frequência, surgimento e/ou gravidade modificadas pelo trabalho, denominadas “doenças relacionados ao trabalho”; doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que também impactam na saúde deste segmento populacional.

Estudos vêm demonstrando que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais nos processos de trabalho modifica o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores. Essas mudanças se expressam no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as lesões por esforços repetitivos (LER), também conhecidas como distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho (Dort), além de cânceres e formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, entre outras expressões de sofrimento relacionadas ao trabalho. Essas “novas” formas de adoecimento convivem com as já conhecidas doenças profissionais, como a silicose, as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos, entre outras.

Se, por um lado, as inovações tecnológicas têm contribuído para a redução da exposição aos riscos ocupacionais em determinados ramos de atividade, tornando o trabalho menos insalubre e perigoso, também podem gerar novos riscos e danos para a saúde. O emprego de tecnologias avançadas na área da química fina, na indústria nuclear e nas empresas de biotecnologia que operam com organismos geneticamente modificados e com nanotecnologia acrescenta novos e complexos problemas para o meio ambiente e para a saúde pública. Tais riscos são ainda pouco conhecidos e de difícil controle.

As iniciativas no âmbito da saúde do trabalhador são baseadas na Política Nacional respectiva para o SUS, que visa a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade desta população, por meio da integração de políticas e ações em todos os níveis da atenção voltadas a intervir nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. São diretrizes da PNST: (i) promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral e a adequação e ampliação da capacidade institucional; (ii) articulação intra e intersetorial; (iii) estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador; (iv)

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas neste âmbito; (v) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e (vi) participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

A Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador – Renast – é o componente estruturador da operacionalização e regionalização das ações em determinado território. A sua estruturação compreende a organização e a implantação da Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e de ações nas redes de atenção básica, no PSF, e assistência de média e alta complexidade. A ampliação da Renast ocorre com a adequação e aumento da rede de Cerest; inclusão das ações na atenção básica; implementação das ações de vigilância e promoção da saúde; instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, definidos como Rede de Serviços Sentinela; e caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

O Serviço Sentinela é responsável pelo diagnóstico e notificação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador, que subsidia as ações de promoção, proteção e vigilância. A vigilância, composta por um conjunto de práticas sanitárias contínuas e sistemáticas, centrada na relação da saúde do trabalhador com o ambiente e os processos de trabalho, está constituída pelos seguintes pressupostos: (i) análise de situações de saúde em um determinado território; (ii) atividade de intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (iii) articulação com as redes de assistência; (iv) articulação institucional com a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária; (v) articulação interinstitucional; (vi) redefinição das práticas sanitárias, visando promover condições e modos de vida saudáveis, prevenir riscos e danos à saúde, bem como instituir as linhas de cuidado; e (vii) prática que incorpora os trabalhadores e as suas organizações.

g) Pessoa com deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006), ratificada pelo Brasil em 2007, reforça a garantia aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência, e as define, em seu artigo 1º, como: “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

O Censo populacional do IBGE/2000, utilizando uma abordagem conceitual e metodológica ampla, de auto-percepção de funcionalidade/incapacidade, identificou 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, incluindo desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar (o que incluiu um grande contingente de idosos), até as graves lesões incapacitantes (14,5% da população brasileira). Nesse total de 24,6 milhões, foram detectadas 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência intelectual e 4% com deficiência física.

O alto índice de pessoas com deficiência visual pode ser explicado pelo envelhecimento populacional ocorrido a partir da década de 90 e pela própria ampliação do conceito de deficiência, que não se restringe apenas à cegueira (incapacidade de enxergar). Considerando-se a incidência das deficiências ou incapacidades por sexo, nos homens predominam as deficiências mentais, físicas e auditivas, o que é compatível com o tipo de atividades laborais exercidas e o grau de exposição deste gênero ao risco de acidentes de diversas causas, inclusive a violência. No sexo feminino, predominam as deficiências motoras e visuais, coerente com a composição por sexo da população idosa, em maioria nas mulheres nas faixas etárias de 60 anos ou mais (Sicorde, 2002). Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população, ou seja, 4,3 milhões de pessoas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida em junho de 2002, definiu diretrizes para a adequação dos planos, projetos e atividades voltados à saúde desta população nas três esferas de gestão. O seu objetivo é promover a organização de uma rede de cuidados, com serviços que propiciem atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde as unidades de atenção básica, até a sua reabilitação em unidades especializadas, incluindo a concessão de órteses e próteses, quando necessárias. Para as três esferas de gestão, são propostas medidas para fortalecer a implantação local dessa Política, com vistas à avaliação, diagnóstico, procedimentos de prevenção e tratamento em reabilitação às pessoas com deficiência (física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla).

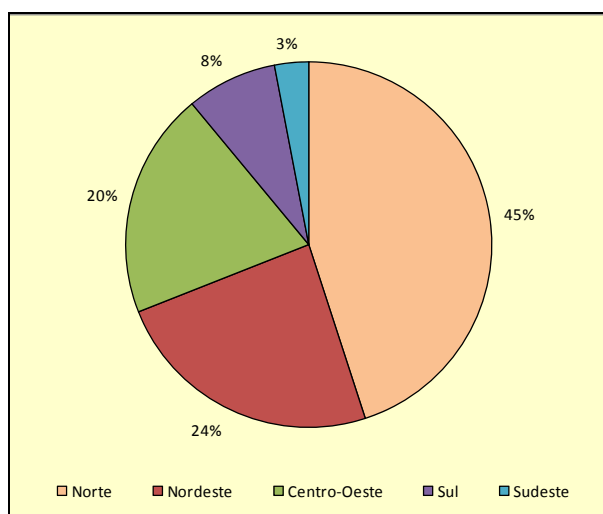
As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e de acidente de trânsito. O aumento da expectativa de vida da população tem feito com que as causas de deficiência estejam cada vez mais relacionadas a agravos crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabete, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros.

h) População indígena

Em 2007, a população indígena brasileira, residente em aldeias oficialmente reconhecidas, compreendia 488.441 índios, segundo o Siasi/Funasa, pertencentes a cerca de 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes e expressam, de formas diversas, os seus valores culturais. Os povos indígenas estão presentes em todos os estados, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivem em 615 terras indígenas e ocupam cerca de 12% do território nacional.

A população indígena nas aldeias vem aumentando, tanto pelo aspecto do crescimento vegetativo, quanto do crescimento relacionado ao constante reconhecimento de grupos indígenas, principalmente na região Nordeste. A maior parte da população indígena, cerca de 45%, encontra-se na região Norte. O percentual da população indígena que vive nas regiões Centro-Oeste e Norte é de 65%, nas quais estão concentradas 98,7% das terras indígenas (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Distribuição geográfica da população indígena brasileira aldeada, por região – 2006.



Fonte: Desai/Funasa/MS

O Gráfico 22 mostra a redução do coeficiente de mortalidade infantil, que acompanhou a tendência de queda da mortalidade infantil em âmbito nacional. Entre os povos indígenas, essa redução foi duas vezes maior (alcançando 37,2%). Isso mostra que, embora o coeficiente de mortalidade infantil indígena seja maior do que o coeficiente brasileiro, este segmento experimenta forte tendência de queda, partindo de um coeficiente alto em 2000 (74,6) alcançando um coeficiente médio em 2007, segundo escala da OMS.

Gráfico 22. Coeficiente de mortalidade infantil entre indígenas e no Brasil, 2000 a 2007.

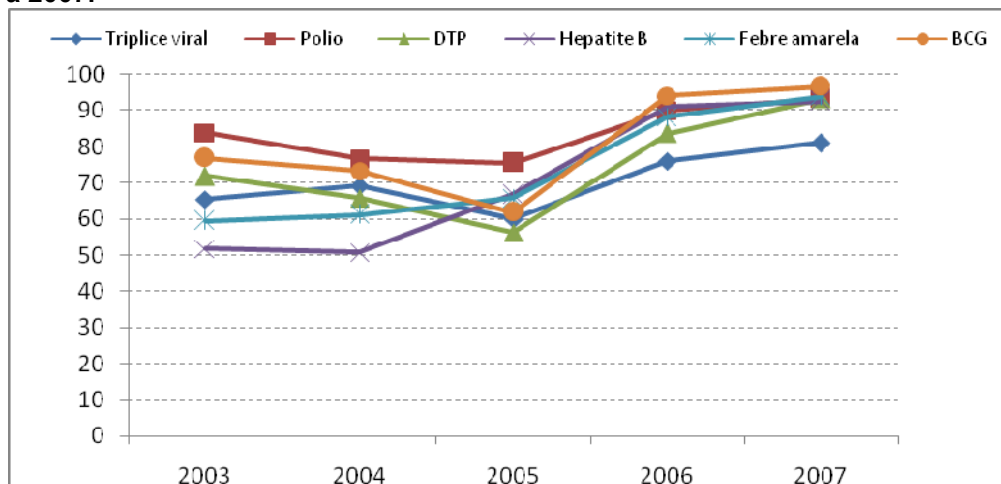


Fonte: Siasi/ Funasa.

Os indicadores de saúde da população indígena ainda são discrepantes em relação aos da população não-indígena. Tal situação tem como principais causas: as barreiras étnico/culturais, o isolamento geográfico e o difícil acesso, baixa cobertura de saneamento em área indígena (atualmente 34% das aldeias indígenas dispõem abastecimento de água, representando 62% da população indígena residente em aldeias); estrutura insuficiente da vigilância epidemiológica em saúde indígena, assim como da vigilância e segurança alimentar e nutricional; ações incipientes de promoção da saúde desses povos; e baixa responsabilização das esferas estadual e municipal nas ações de saúde indígena.

No Gráfico 23, observa-se o aumento gradativo das coberturas vacinais, cujas taxas estão próximas do preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS). Esses dados dizem respeito ao total da população indígena aldeada.

Gráfico 23. Cobertura vacinal na população indígena por imunobiológicos, Brasil – 2003 a 2007.



Fonte: Dsei/Desai/Funasa

O modelo de atenção à saúde indígena resulta das deliberações de três conferências nacionais específicas (1986, 1993 e 2001), ratificado pela XII Conferência Nacional de Saúde, e baseia-se em subsistema organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Envolve também ações de saneamento ambiental que contemplam sistemas de abastecimento de água simplificados, sistemas de esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares, de acordo com a necessidade local. A partir dos dados de morbimortalidade, verificam-se as inadequações das condições sanitárias nessas áreas, enfatizando a importância dos critérios epidemiológicos, sanitários, ambientais e sócio-culturais no delineamento das ações.

Em um contexto geral, a implantação das ações de saneamento em terras indígenas possibilitou uma cobertura de 61% da população e 34% das aldeias com abastecimento de água. Já no universo estratificado da população, observa-se nas faixas de maior densidade populacional que essa cobertura já alcançou os índices verificados nas populações não-indígenas. No Brasil, existem 4.263 aldeias indígenas, das quais 1.463 possuem sistemas de abastecimento de água (com o advento do Programa de Aceleração do Crescimento, essa cobertura está em ampliação).

i) População prisional

A população custodiada no sistema penitenciário nacional, informada pelo Departamento Penitenciário Nacional/Depen/MJ é de 360.539 pessoas, das quais 341.226 (95%) são do sexo masculino e 19.313 (5%) do feminino. Cerca de 60% dos presos pertencem à faixa etária de 18 a 29 anos de idade; 33% têm entre 30 a 45 anos de idade; e apenas 7% têm 45 anos ou mais de idade. Com relação à cor de pele/etnia, 42% são brancos; 39% pardos; 15% negros; 0,5% amarelos; e 0,1% indígenas. Apesar de a maioria (62%) das 100 mortes registradas até outubro de 2007 serem por causas naturais não especificadas, é grande a quantidade de óbitos criminais e acidentais (29%) e de suicídios (9%) (Infopen/Depen/MJ 2007).

A situação de saúde dessa população aponta para a existência de grande incidência das patologias decorrentes da coexistência de fatores como superlotação, pouca ventilação, condições sanitárias adversas e baixo nível socioeconômico, ou seja, decorrentes condições de salubridade, modos de vida e confinamento (tuberculose, hanseníase, DST/HIV/Aids, hepatites, hipertensão arterial, diabete, traumas diversos etc. Também são comuns no ambiente prisional as dermatoses, as doenças respiratórias e gastrointestinais agudas, assim como transtornos mentais leves e dependência de álcool e drogas.

Em 2003, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária ao SUS, mediante a implantação de ações e serviços de atenção básica em saúde nas unidades prisionais e o encaminhamento aos demais níveis de atenção, segundo referências pactuadas por estados e municípios. A Portaria MS/MJ nº. 1.777/2003, que aprova o referido Plano, define também as linhas de ação e as diretrizes para elaboração dos Planos Operativos Estaduais – POE –, instrumentos de planejamento e adesão estadual, que devem ser elaborados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondentes e aprovados nos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde e nas Comissões Intergestores Bipartites.

Em agosto de 2007, 11 estados estavam qualificados ao desenvolvimento do Plano, com 172 equipes de saúde, compostas por médico, dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, atuando em 149 unidades de saúde de estabelecimentos prisionais. Esse total representa 22% do total de equipes a serem implantadas.

As ações desenvolvidas nas unidades prisionais são voltadas para a promoção da saúde e para a atenção de nível básico, compreendendo: saúde bucal,

saúde mental, DST/Aids, prevenção e controle das hepatites, da tuberculose, da hipertensão arterial, da diabete e da hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de material para exames laboratoriais.

j) Saúde bucal

Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, persistem dificuldades no acesso aos serviços de saúde e elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais. O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, concluído em 2003 (Brasil, 2004m), evidenciou que esse campo constitui um problema relevante de saúde pública.

A OMS estabeleceu como meta, para o ano 2000, que pelo menos 75% dos adultos e que no mínimo 50% dos idosos apresentassem 20 ou mais dentes. No Brasil, segundo dados obtidos em 2003, apenas pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes. A cárie dentária é avaliada por meio do índice CPO-D, que corresponde ao número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo. Somente para as crianças de 12 anos de idade, a meta da OMS – de se atingir um CPO-D médio menor ou igual a 3 – foi alcançada. Entretanto, 3/5 dos dentes atacados por cárie das crianças de 12 anos de idade permaneciam sem tratamento, havendo ainda um notável contraste entre os índices observados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste – ambas com CPO-D médio em torno de 3,1 –, com relação aos índices das regiões Sul e Sudeste (com CPO-D médio em torno de 2,3). A doença periodontal, que atinge a gengiva e demais tecidos de sustentação dos dentes, mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando as gengivas saudáveis.

Comparando os dados dos municípios que têm água fluoretada com os que não possuem, notam-se importantes diferenças. O CPO-D nas crianças de 12 anos de idade e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69, respectivamente. Já nos municípios que não têm flúor na água, o CPO-D das crianças dessa faixa etária foi de 3,38 – 49% maior – e dos adolescentes de 6,56 (15% maior). No período de 2004 a 2006, foram beneficiados 603 sistemas com a implantação de fluoretação, beneficiando cerca de 5,5 milhões de pessoas.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad/2003 –, 15,9% dos brasileiros nunca tinham consultado um dentista. Esse percentual é menor do que o observado em 1998, que foi de 18,7%. Ainda assim, a restrição no acesso aos serviços de saúde bucal continua um grave problema no País e está fortemente associada ao nível de renda familiar per capita.

O controle do câncer bucal no Brasil é, atualmente, um grande desafio, visto que tem sido observado um aumento da incidência e da taxa de mortalidade relacionada à patologia. Segundo o Instituto Nacional do Câncer – Inca –, a incidência de câncer bucal estimada para 2006 foi de 10.060 casos entre homens e de 3.410 entre as mulheres. O aspecto mais alarmante desses dados é que aproximadamente 70% dos diagnósticos são feitos quando a lesão já atingiu um estágio avançado, diminuindo as possibilidades de cura.

k) Saúde mental

Ainda que exista alguma variação entre os achados dos diversos estudos mundiais sobre a prevalência, estima-se que cerca de 3% da população geral, em todas as faixas etárias, necessite de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação (*National Institute of Mental Health*). Estima-se também que cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, precisa de cuidados em saúde mental,

na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas – exceto tabaco – atingem por volta de 6% da população mundial, sendo que, deste total, pesquisas brasileiras identificam que “aproximadamente 10% da população acima de 12 anos de idade seja dependente de álcool” (Unifesp/2006-2007).

A magnitude do problema – um grupo de transtornos de alta e crescente prevalência no Brasil e no mundo, que estigmatiza e promove a exclusão social em cerca de seis milhões de pessoas – exige uma política pública necessariamente intersetorial, com uma rede de cuidados de base comunitária, densa, diversificada, efetiva e que promova intervenções na cultura.

Inscrita em um contexto internacional de ampliação de ações e serviços de base comunitária e territorial, a Política Nacional de Saúde Mental – sobretudo a partir de 2001, com a sanção da Lei nº. 10.216 – avançou significativamente na superação do modelo hospitalocêntrico, que caracterizou a atenção à saúde mental pública no Brasil. A principal diretriz é a reorientação do modelo assistencial, antes centrado nos hospitais psiquiátricos, segundo rede diversificada de serviços de base comunitária, composta por ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, Programa de Volta para Casa, leitos em hospitais gerais, experiências de geração de renda e trabalho, entre outros.

No período de 2004-2007, foi construída uma rede aberta de atenção à saúde mental com 1.143 Centros de Atenção Psicossocial e 479 Residências Terapêuticas; implantado o Programa de Volta para Casa (com mais de 2.800 beneficiários); fomentadas experiências de inclusão social pelo trabalho e a cooperativas sociais; e diminuídos significativamente os leitos psiquiátricos. Isso permitiu que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos fosse retirado do Sistema, sem que acarretasse desassistência para a população.

l) Alimentação e nutrição

O Brasil vive um processo de transição nutricional específico: o aumento dos percentuais de sobrepeso e obesidade convive com altas taxas de baixo peso. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad – de 2006 constatou que 34,8% dos domicílios vivem em situação de insegurança alimentar, sendo 6,5% considerados graves. Registre-se que 43,7% dos domicílios localizados em áreas rurais estão em condição de insegurança alimentar. Porém, a análise em áreas urbanas também revela taxas altas (36,2%). Por regiões, a análise mostra que o Nordeste e Norte o apresentam os maiores percentuais (54,6% e 52,9%, respectivamente).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição – Pnan – fundamenta-se na segurança alimentar e nutricional e no direito humano à alimentação, tendo como diretrizes: o estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; o monitoramento da situação alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Quanto ao estado nutricional, os dados relativos à população infantil têm mostrado uma redução importante da prevalência de baixo peso por idade em todas as regiões brasileiras, desde o ano de 2003 até 2006. Verifica-se que a prevalência diminuiu de 12,6%, em 2003, para 6,6%, em 2006 (uma redução de 47,5% em quatro anos). Com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS –,

realizada em 2006, 1,7% das crianças menores de cinco anos de idade apresentavam déficit de peso para a idade, sendo que a maior prevalência encontrava-se na região Norte (3,4%). Considerando essa situação, em 2007, foi promovida a Chamada Nutricional da região Norte, uma estratégia eficaz de inquérito nutricional, que permite a coleta de informações de crianças durante um momento de grande mobilização da população (as campanhas nacionais de vacinação). Verificou-se que 23,1% e 5,2% dos 14.416 menores de cinco anos de idade, avaliados nos sete estados da região, apresentavam déficits de altura e de peso, respectivamente.

Anteriormente, em 2006, realizou-se a Chamada Nutricional Quilombola, visando avaliar a situação de crianças quilombolas menores de cinco anos de idade. Entre os 2.725 avaliados, verificou-se uma prevalência de 15,0% de déficit de altura para a idade e 5,9% de déficit de peso. No ano anterior, foi realizada a Chamada Nutricional do Semi-Árido, a partir da qual foram identificadas 6,6% e 5,6% de crianças com déficits de altura e de peso, respectivamente. O déficit de altura para idade, um indicador bastante sensível da pobreza crônica e os efeitos cumulativos da ingestão inadequada e falta de atenção à saúde, entre 1996 e 2006, caiu quase pela metade (de 13,5% para 6,8%).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS-2006 –, a anemia ocorre em 20,9% das crianças e 29,4% em mulheres. Para crianças, a região Nordeste apresenta a maior prevalência (25,5%), afetando especialmente aquelas com idade inferior a 24 meses de idade. No caso das mulheres, a prevalência de anemia é de 29,4%, e chega a 40% na região Nordeste. De acordo com essa PNDS, o déficit de estatura para a idade atinge 7,0% dos menores de cinco anos de idade. Isso corresponde a uma das características mais significativas da desnutrição e representa o efeito cumulativo do estresse nutricional sobre o crescimento esquelético. Continua um dos problemas importantes de saúde pública, devido principalmente às consequências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e até a sobrevivência das crianças. A baixa estatura tem sido relacionada a atraso na capacidade intelectual, baixo rendimento escolar, menor capacidade física para o trabalho, além de ser considerado como um determinante do maior risco para gerar crianças com baixo peso ao nascer entre as mulheres.

Essa pesquisa evidenciou que 43,0% das mulheres apresentavam excesso de peso e 16,0% eram obesas. De fato, a prevalência de excesso de peso e obesidade tem aumentado de forma expressiva na população adulta brasileira nas últimas décadas: em 1974/75, 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres apresentavam obesidade; em 2002-2003, essas taxas passaram para 8,9% e 13,1%, respectivamente (IBGE 2004). A PNDS/2006 indicou também a situação de carências de micronutrientes no País: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentavam hipovitaminose A e 20,9% e 29,4%, respectivamente, anemia. Tais prevalências são consideradas problemas de saúde pública de nível moderado, segundo a OMS, evidenciando a importância dos programas de suplementação de vitamina A e ferro conduzidos pelo Ministério da Saúde, bem como as medidas de educação nutricional e estratégias de fortificação de alimentos no Brasil.

Quanto a gastos com alimentação, medidos pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares – POF/IBGE –, percebe-se mudanças importantes no padrão de consumo alimentar. Entre os alimentos e grupos de alimentos cuja participação na dieta aumentou entre 1974-1975 e 2002-2003, figuram os biscoitos e refrigerantes (um aumento de 400% no período). Entre aqueles que mostraram tendência inversa, destaca-se o prato típico brasileiro (a combinação de arroz e feijão). A participação de frutas e verduras na dieta não apresentou variações significativas no período, mantendo-se aquém da recomendação de consumo destes alimentos: em 2002-2003, o consumo diário de frutas e verduras correspondia a 1/3 do recomendado.

O percentual de crianças menores de dois anos com dietas inadequadas, medido pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan –, também apresenta-se elevado: das mais de oito mil crianças avaliadas em 2007,

menos de 29% mantiveram o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida; mais de 44% das crianças entre seis meses e dois anos de idade consumiram sucos/refrescos industrializados e refrigerantes, respectivamente, no mês anterior à coleta dos dados. Entre as 14 mil crianças na faixa de dois a cinco anos de idade avaliadas, apenas 25,2% consumiam frutas todos os dias, enquanto o consumo diário de bebidas adicionadas de açúcar ou rapadura foi cerca de 50%. Das 15 mil crianças avaliadas entre cinco e 10 anos de idade, somente 38,3% referiam o consumo diário de frutas. Por outro lado, 26,6% delas referiam consumir diariamente biscoitos doces ou recheados e outras balas e doces.

2.1.2.4. Vigilância sanitária

A vigilância sanitária – Visa – pode ser tomada como espaço de intervenção do Estado, cujo objetivo é adequar o sistema produtivo de bens e de serviços de interesse sanitário, bem como seus ambientes, às demandas sociais e às necessidades do sistema de saúde. A sua principal função é atuar para prevenir, eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido em suas áreas de atuação, promovendo e protegendo a saúde da população. Esses riscos são entendidos não apenas na sua concepção estatística de probabilidade da ocorrência de eventos danosos, mas também como possibilidade baseada em incertezas produzidas pelas rápidas mudanças no sistema produtivo e nos conhecimentos científicos disponíveis.

Como campo de conhecimento e de práticas da saúde pública e como subsistema do SUS, a Visa desempenha função eminentemente preventiva e de caráter coletivo. Sua atuação engloba produtos, serviços e ambientes que podem, de alguma forma, trazer riscos e danos à saúde. Como exemplos de ferramentas para o controle de risco adotadas estão a regulamentação e monitoramento da propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária; o controle da saúde de viajantes nos portos, aeroportos e fronteiras; as medidas para o controle de infecções em serviços de saúde; a fiscalização de indústrias de medicamentos, produtos para a saúde, alimentos, cosméticos e saneantes; e o uso da epidemiologia para o acompanhamento dos eventos adversos pós-uso de sangue, produtos para saúde e medicamentos. Tais exemplos evidenciam a amplitude e relevância desse campo no SUS, principalmente em virtude da constante incorporação de novas tecnologias na saúde.

O desenvolvimento das ações de visa ocorre no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS –, integrado pelas três esferas de governo que exercem atribuições exclusivas e/ou complementares. Mais especificamente no âmbito da gestão em Visa, construiu-se, no período de 2005 a 2007, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDvisa). A proposta é que o PDvisa seja um instrumento de eleição de prioridades, processo este pactuado pelas instâncias colegiadas do SUS. A concretização das diretrizes do PDvisa está se dando atualmente mediante a construção de um instrumento de planejamento, negociação e cooperação pactuada e ascendente, baseado na lógica da responsabilidade sanitária (o Plano de Ação em Vigilância Sanitária). Nele, são explicitadas as ações a serem implementadas, possibilitando a definição de responsabilidades de cada gestor. É elaborado pelos municípios e estados de uma forma integrada à dinâmica do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), ou seja, articulado aos Planos de Saúde destes entes.

Em 2007, 100% dos estados e aproximadamente 30% dos municípios brasileiros – o que totaliza 1.637 municípios – tinham seus planos de ação em Visa pactuados em CIB, com um repasse de recursos anual fundo a fundo da ordem de R\$ 153 milhões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – para estados e municípios.

2.1.2.5. Atenção básica

No Brasil, historicamente, a atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para atender os problemas sanitários da população brasileira. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação dos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde. Transcorridas duas décadas de criação do SUS, a sua implantação evoluiu muito: a atenção básica vem ocupando espaço como eixo estruturante dos sistemas locais de saúde; foram revisadas e atualizadas normas e criada a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS n.º 648 de 28/3/2006).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por intermédio de práticas gerenciais e sanitárias participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem estas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Em dezembro de 2007, 46,6% da população brasileira - cerca de 87,7 milhões de pessoas - estava coberta pelas 27.324 equipes de saúde da família implantadas em 5.125 municípios brasileiros. Atuando em 4.294 municípios, as 15.694 equipes de saúde bucal acompanhavam 40,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 77 milhões de pessoas. Os 210.964 agentes comunitários de saúde atuavam em 5.265 municípios, acompanhando 56,8% da população (cerca de 107 milhões de pessoas). Essa estratégia também tem demonstrado um grande potencial de promoção da equidade, na medida em que os resultados mais significativos em termos de ampliação do acesso às ações básicas e melhoria do perfil de saúde da população vêm ocorrendo nas áreas com menor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH -, reduzindo assim os diferenciais inter-regionais (Ministério da Saúde/2006).

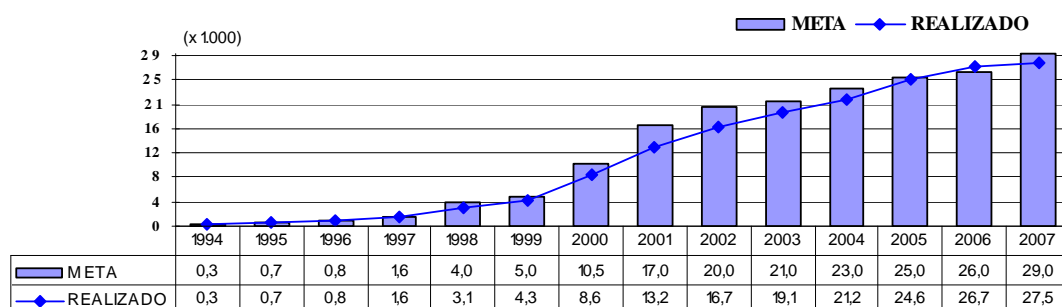
A estratégia saúde da família tem ampliado a cobertura populacional especialmente a partir do ano de 2000, mostrando aumento de 240% da cobertura até 2007 (cobertura média nacional de 46,6%). A maior cobertura nos estados foi observada na região Nordeste, com uma média de 67,4%. (Tabela 5 - Gráfico 24).

Tabela 5 – Tendência da cobertura populacional da estratégia saúde da família. Brasil e Estados – 1998 a 2007.

Unid.Federação	2000	2003	2006	2007
Rondônia	11,1	20,4	30,6	41,2
Acre	27,0	38,2	51,5	58,4
Amazonas	5,5	37,6	41,1	46,5
Roraima	9,0	55,8	70,1	65,5
Pará	6,0	17,2	27,0	30,6
Amapá	11,5	23,6	40,9	59,1
Tocantins	39,0	61,7	78,5	74,9
Maranhão	7,2	37,7	66,5	75,5
Piauí	33,5	70,8	86,3	95,0
Ceará	48,5	61,4	64,9	64,8
Rio Grande do Norte	12,7	38,1	69,5	77,7
Paraíba	20,1	60,9	83,5	93,8
Pernambuco	24,5	48,6	62,2	63,1
Alagoas	44,8	66,2	69,7	69,5
Sergipe	39,7	74,6	89,8	81,9
Bahia	4,4	22,4	44,6	50,0
Minas Gerais	20,7	48,7	59,2	59,6
Espírito Santo	13,2	29,5	46,5	46,1
Rio de Janeiro	4,6	14,5	21,1	28,1
São Paulo	6,3	16,9	24,3	24,1
Paraná	14,6	42,0	48,2	48,0
Santa Catarina	18,6	50,6	62,3	64,9
Rio Grande do Sul	5,2	13,4	27,0	31,0
Mato Grosso do Sul	7,3	32,8	45,3	52,3
Mato Grosso	15,4	47,6	60,2	54,9
Goiás	14,1	44,5	50,7	55,7
Distrito Federal	3,8	8,0	6,9	4,8
Brasil	13,7	32,8	44,0	46,6

Fonte: Siab/DAB e CGIAE/Dasis – MS.

Gráfico 24 – Evolução do número de ESF implantada e meta anual. Brasil 1994 a 2007.

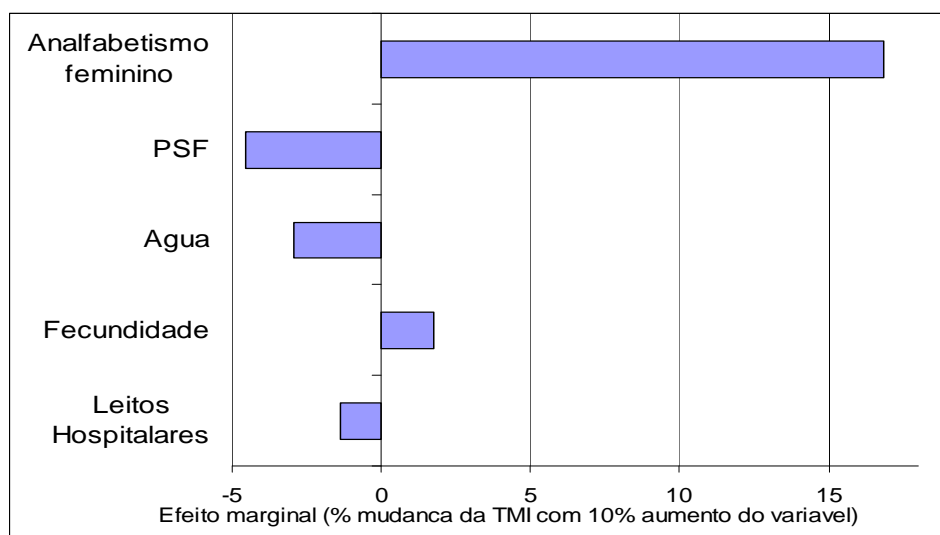


Fonte: Siab/DAB-SAS/MS.

A consequente expansão de cobertura das ações básicas tem promovido a redução da desigualdade no acesso ao sistema de saúde e gerado impacto significativo em indicadores como a mortalidade por diarreia, mortalidade infantil e pós-neonatal (MACINKO, 2006⁵)

O estudo “An evaluation of impact Family Health Programme on infant mortality in Brazil – 1990 - 2002”, publicado no *Journal of Epidemiology and Community Health*, em janeiro de 2006, foi particularmente importante para a consolidação desse modelo de atenção no Brasil e seu reconhecimento internacional, na medida em que contribuiu com evidências científicas sobre a efetividade dessa estratégia. O estudo revela a contribuição das equipes da saúde da família na redução dos óbitos em crianças menores de um ano, estimando que um aumento de 10% na cobertura populacional levou a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil. Nesse sentido, a Saúde da Família se mostrou mais efetiva do que a redução da fecundidade e a ampliação do acesso a água tratada e leitos hospitalares (Gráfico 25).

Gráfico 25 – Determinantes sociais e dos serviços de saúde para a mortalidade infantil* – microrregiões brasileiras – 1999 a 2004.



Fonte: Macinko, Guanais e Marinho de Souza, 2006.

* % mudança de mortalidade associada com aumento de 10% da variável de interesse. Dados de regressões de efeitos fixos nas unidades federadas.

2.1.2.6. Assistência ambulatorial e hospitalar especializada

O atual perfil epidemiológico brasileiro gera um conjunto diversificado de necessidades e demandas aos serviços de saúde, entre as quais se observa uma pressão crescente por serviços de alta tecnologia e também a mobilização de grupos de pressão cada vez mais organizados e atuantes, respaldados pela incorporação do direito à saúde no arcabouço jurídico brasileiro. A resposta a essas necessidades e demandas oferecidas pelo SUS, apesar de todas as dificuldades vivenciadas ao longo do processo de sua construção, encontra-se expressa no volume e tipo de serviços oferecidos à população, que o caracterizam como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

⁵. MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 60, n. 1, p. 13-19. 2006.

A dimensão dos serviços prestados pode ser evidenciada pelos números registrados anualmente (dados de 2007): mais de 1,3 bilhão de procedimentos de atenção básica; mais de 250 milhões de exames laboratoriais e mais de 11,4 milhões de exames de ultra-sonografia; mais de 132 milhões de atendimentos na área de alta complexidade; mais de 2,94 milhões de partos; 83 mil cirurgias cardíacas; 84,5 mil cirurgias oncológicas; 72 mil cirurgias de varizes; e cerca de 11,7 mil transplantes de órgãos. Registre-se também que o SUS é responsável por 97% da oferta de hemodiálise no País. Dados referentes a esse mesmo ano revelam, ainda, que a sua rede de serviços é composta por 140.069 unidades ambulatoriais e 7.644 unidades hospitalares, totalizando 500.452 leitos, responsáveis por mais de 11,3 milhões de internações/ano.

Nesse sentido, a atenção ambulatorial e hospitalar especializada vem se constituindo, ao longo do tempo, num dos principais pontos de debate no SUS. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos. Entre os desafios atuais estão:

⇒ reestruturação e contratualização da rede hospitalar brasileira, incluindo os hospitais de ensino, os hospitais filantrópicos e os hospitais de pequeno porte;

⇒ implementação de política nacional ao paciente crítico, incluindo a estruturação e ampliação do acesso aos leitos de UTI e semi-intensivo, diminuindo as iniquidades regionais;

⇒ qualificação da rede hospitalar brasileira por intermédio da adoção de marcos referenciais/regulatórios para a melhoria organizacional e de gestão de hospitais participantes da rede do SUS;

⇒ desenvolvimento de modelos alternativos de atenção à saúde por meio de práticas de internação domiciliar e hospital-dia;

⇒ atenção à saúde da população em situações de violências e outras causas externas;

⇒ ampliação da doação, captação e transplante de órgãos e tecidos;

⇒ qualificação técnica e gerencial da hemorrede pública brasileira e garantia da assistência aos portadores de doenças de coagulação sangüínea e hemoglobinopatias;

⇒ atenção integral em genética clínica, atenção em oftalmologia, assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, em cardiologia e em terapia nutricional, assim como ao portador de doença renal; atenção ao doente neurológico e à saúde auditiva; triagem neonatal; atenção oncológica; e procedimentos cirúrgicos eletivos.

Em termos de infra-estrutura ambulatorial e hospitalar, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Cnes – apresentou um total de 172.119 estabelecimentos de saúde cadastrados em dezembro de 2007: 2.650 (1,5%) eram do tipo “vigilância”, “centro de regulação de serviços de saúde” ou “cooperativas”, enquanto 169.469 (98,5%) efetivamente prestavam atendimento direto à população (seja clínico ou de distribuição de medicamentos). Comparando-se os anos de 2006 e 2007, observa-se uma ampliação de 10,1% no número de estabelecimentos cadastrados no Brasil, cujo aumento foi mais concentrado na região Sudeste e nos municípios mais populosos, tanto em termos absolutos quanto proporcionais (a região apresentou uma evolução de 12% no número de estabelecimentos de saúde, no período). A região Norte respondia por 4,5% dos estabelecimentos cadastrados no Cnes em 2007; o Centro-Oeste por 8,5%; o Sul por 21,6%; o Nordeste por 22,1% e o Sudeste por 43,3%.

Quanto à classificação, 66% do total de estabelecimentos cadastrados estão registrados como serviço de atenção básica, 33% como de média complexidade e 1% de alta complexidade. As diferenças entre estados são imensas: em um extremo, tem-se o Distrito Federal com grande concentração de unidades de atenção básica (14,5/10 mil habitantes) e, no outro, o Amazonas com poucas unidades (1,7/10 mil habitantes) em seus municípios. A maior parte dos estabelecimentos cadastrados é privada. Contudo, os privados não-SUS representam 40% dos estabelecimentos. Para os de alta complexidade, a grande maioria dos estabelecimentos são públicos. Nas regiões Norte e Nordeste, os estabelecimentos de atenção básica e de média complexidade são em sua maioria públicos. Em todas as regiões, acima de 80% dos estabelecimentos prestam atendimento ambulatorial. Dos estabelecimentos com internação, 88,5% são SUS. O perfil para urgência é semelhante.

Os quesitos relativos ao acesso a exames preventivos para câncer de mama e de colo de útero constam apenas da Pnad 2003 e mostram uma baixa cobertura do exame clínico das mamas, com 37,6% de mulheres acima de 40 anos de idade referindo-o no último ano, e grande diferencial entre os estados. Com relação a mamografia – principal método diagnóstico recomendado para o diagnóstico precoce do câncer de mama –, o percentual de realização do exame em mulheres de 50 anos e mais de idade foi de 41,2% (menos da metade do total). A produção de mamografias no SUS mostra uma tendência de aumento nos últimos anos: passou de 1.347.326 exames realizados em 2000, para 2.212.093, em 2004, e 2.852.867 em 2007 (elevação de 29% nos últimos três anos).

A produção de exames de prevenção de câncer de colo uterino financiada pelo SUS vem apresentando tendência de aumento: 6.917.669 exames realizados em 2000, para 10.339.126 em 2003 (aumento de 50% em quatro anos). Ao se considerar apenas a estratégia saúde da família, o aumento dos exames pelo SUS é muito expressivo: quanto a exames citológicos, totalizaram 2.868.941 em 2006 e 3.201.711 em 2007. As equipes prestaram, também em 2006, 7.032.044 atendimentos preventivos e, em 2007, 7.546.858.

A Pnad revelou bons níveis do grau de satisfação dos usuários: 86% das pessoas atendidas consideraram o atendimento como bom ou muito bom. Em contraposição, o aumento do tempo de espera para o atendimento (subiu 5%). Os resultados sugerem melhora no acesso e aumento da oferta de serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2003. Isso, em certa medida, pode ser atribuído à expansão da estratégia saúde da família. Por outro lado, mostra igualmente a expansão do sistema supletivo, a persistência das iniquidades entre estados, entre níveis de renda e escolaridade.

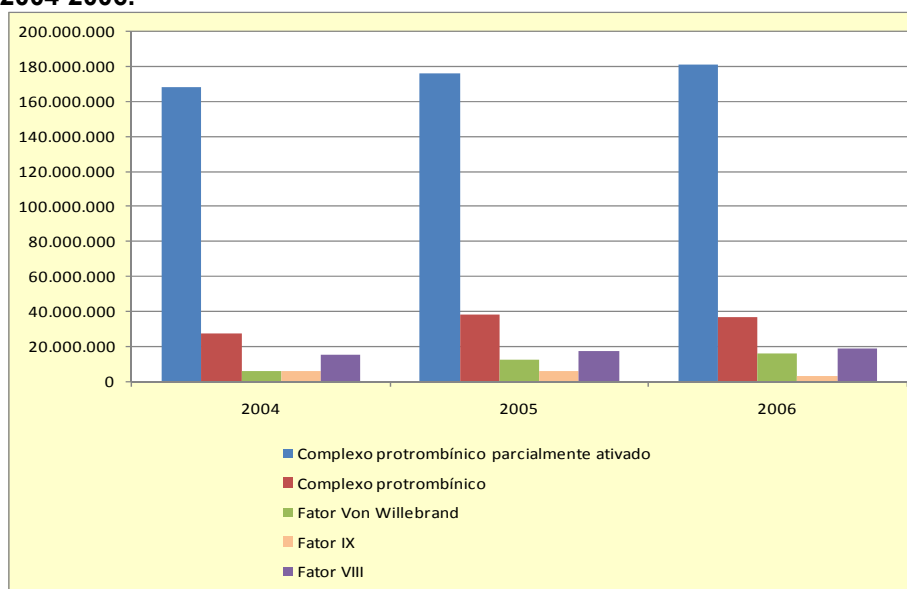
No âmbito da assistência ambulatorial e hospitalar especializada, também é relevante destacar a promoção da qualidade do sangue e a segurança transfusional, com o fortalecimento da hemorrede pública, cuja atuação envolve a atenção aos pacientes portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias; a captação de doadores de sangue com vistas à garantia da cobertura hemoterápica no SUS; e o domínio da tecnologia para a produção nacional de hemoderivados, a partir do plasma excedente, e consequente redução gradual da dependência externa e do custo destes produtos.

O Programa de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ), cujo foco é a segurança transfusional, objetiva aprimorar os testes laboratoriais em sorologia e imunohematologia, abrangendo aproximadamente 1.100 serviços de hemoterapia no Brasil. Outras estratégias adotadas incluem inspeções sanitárias nos serviços de hemoterapia, elaboração de regulamentos e capacitações para fortalecimento da vigilância neste campo. A rede de serviços é responsável pela captação de doadores, coleta de sangue e distribuição de hemocomponentes. Apesar de o País dispor de uma rede física com capacidade instalada coerente com a necessidade de atendimento e cobertura hemoterápica dos leitos do SUS, é necessária a adoção de

medidas sensibilizadoras no que tange à captação e fidelização de doadores voluntários de sangue. A hemorrede nacional ainda tem o grande desafio de aproximar os resultados de suas coletas aos níveis recomendados e necessários ao atendimento assistencial.

Quanto à atenção aos pacientes portadores de coagulopatias, é importante salientar que, desde 1996, o Brasil importa os fatores de coagulação VIII e IX para o tratamento dos pacientes hemofílicos, com um gasto executado, em 2007, de R\$ 276,2 milhões. O consumo dos hemoderivados é crescente a cada ano. Entretanto, ainda não se pode afirmar que os tratamentos estejam alcançando seus melhores níveis e que essa população esteja aumentando a sua expectativa de vida. O Gráfico 26 apresenta um crescimento gradativo, incrementado pelo governo federal, no consumo de medicamentos para tratamento das coagulopatias hereditárias. A despeito dos esforços empreendidos, ainda são enfrentadas dificuldades na execução deste programa. A fragilidade na atualização do cadastro de pacientes acarreta problemas na operacionalização e avaliação.

Gráfico 26 – Consumo de fatores de coagulação (em unidades internacionais/UI). Brasil, 2004-2006.



Fonte: MS/SAS/DAE/CPNSH: Boletim Nacional de Movimentação de Medicamentos (Boname).

Os indicadores internacionais apontam a necessidade do uso de, pelo menos, o quantitativo de 3 UI de fator VIII per capita/ano, quando o consumo atual no Brasil gira em torno de 1UI per capita/ano, caracterizando subtratamento da população portadora da doença.

A estratégia brasileira para otimizar a utilização do plasma excedente na hemorrede pública nacional e garantir o abastecimento de parte dos produtos hemoderivados no País foi a criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia/Hemobrás (Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004). A Empresa encontra-se em fase de implantação, e deverá propiciar a produção dos fatores de coagulação VIII e IX, albumina e imunoglobulina, complexo protrombínico e fator de Von Willebrand para o tratamento dos pacientes do SUS, contribuindo para a autossuficiência na produção de hemoderivados no Brasil e para a redução gradual da dependência do mercado/tecnologia externa de insumos estratégicos. A Hemobrás está investindo em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, em especial para obtenção de fatores recombinantes VIII e IX, para que o Brasil possa alcançar a autossuficiência também neste fator de coagulação.

De outra parte, para ampliar o espectro de ações de atenção à saúde em âmbito ambulatorial, procedimentos necessários à triagem de celíacos, protocolo clínico e diretrizes terapêuticas foram estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 307, de 17 de setembro de 2007, que contempla a dosagem do anticorpo antitransglutaminase usado no diagnóstico da doença.

A doença celíaca (DC) é de fundo autoimune, causada pela intolerância permanente ao glúten – principal fração protéica presente no trigo, centeio, cevada e aveia – e se expressa em indivíduos geneticamente predispostos. Estudos de prevalência da DC têm demonstrado que esta doença continua subestimada. A falta de informação sobre a DC e a dificuldade para o diagnóstico prejudicam a adesão ao tratamento e limitam as possibilidades de melhora do quadro clínico. Para o diagnóstico definitivo da DC, é imprescindível a realização de endoscopia digestiva alta com biópsia de intestino delgado.

Com a instituição de dieta totalmente sem glúten, há normalização da mucosa intestinal, assim como das manifestações clínicas. Porém, no caso de diagnóstico tardio, pode haver alteração da permeabilidade da membrana intestinal por longo período de tempo e a absorção de macromoléculas poderá desencadear quadro de hipersensibilidade alimentar, resultando em manifestações alérgicas.

2.1.2.7. Saúde suplementar

O segmento da saúde suplementar tem importante interface com a saúde pública de forma que a sua influência no setor saúde é, atualmente, considerada um dos elementos componentes do seu desenvolvimento. A população coberta pela saúde suplementar apresenta forte diferenciação pela heterogênea disposição regional econômica e geopolítica e pela diferenciação da legislação, uma vez que 32,7% dos beneficiários encontram-se inscritos em planos anteriores à implantação do marco regulatório (Lei Nº. 9.656/98).

A saúde suplementar cobre 48,2 milhões de beneficiários, dos quais 72% são atendidos por planos coletivos e 21,8% por planos individuais (Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, março de 2007). Atualmente, dois terços das coberturas são de planos posteriores à legislação regulatória, com maior crescimento dos planos coletivos. No entanto, apesar da importância desse cenário, diversos desafios precisam ser superados para que o setor exerça em plenitude o seu papel de complementação da ação privada com relação à saúde pública. Esse movimento se fundamenta em uma articulação institucional que propicie a expansão da capacidade de regulação, o aumento da concorrência, da transparência e do nível de informação ao usuário, bem como a integração entre a saúde suplementar e o SUS.

A ANS detectou que a ausência de um mecanismo de portabilidade torna o mercado menos dinâmico, acabando por inibir a concorrência no setor, gerando uma espécie de monopólio *ex-post*, pela existência de barreira à saída pertinente ao cumprimento de novo período de carência, sempre que o beneficiário troca de operadora de plano de saúde. Situação semelhante ocorre em relação à cobertura parcial temporária que, sob a óptica dos beneficiários, impede o acesso a determinados procedimentos de alta complexidade por um período determinado de tempo, tal como ocorre com a carência.

A saúde suplementar ainda não consegue atender integralmente às demandas dos segurados, principalmente as de alta complexidade, por deficiência em sua rede de atenção. A harmonização de atuação dos dois segmentos do setor saúde e a elevação do número de usuários que obedeçam à legislação pós regulação são importantes desafios que a saúde suplementar enfrenta. O mecanismo regulador de ressarcimento ao SUS visa coibir as atividades privadas com recursos públicos e oferecer um estímulo ao fiel cumprimento dos contratos dos planos privados de assistência, nos casos em que a operadora tem dificuldade em prestar a cobertura nas modalidades contratadas e recorrer à rede pública para executar o atendimento prescrito.

2.1.2.8. Assistência farmacêutica

A efetividade das ações de saúde e dos serviços assistenciais tem no uso da farmacoterapia um instrumento básico essencial. A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e seu uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado no tratamento. O MS mantém o programa de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, cujo objetivo principal é garantir a oferta destes produtos na rede de serviços do SUS para o atendimento da população.

O programa agrupa os medicamentos em três modalidades: aqueles classificados como básicos, os estratégicos e os de dispensação excepcional. Na atenção básica, deve apoiar financeiramente municípios e estados na promoção da assistência farmacêutica neste nível de atenção, fomentando a organização de serviços condizentes com a realidade epidemiológica e a rede de serviços de saúde constituída. A assistência farmacêutica para programas estratégicos está voltada às ações de controle de doenças endêmicas como tuberculose, hanseníase e malária, entre outras. Já o financiamento de medicamentos de dispensação excepcional responde ao tratamento de doenças relacionadas à assistência de média e alta complexidade em saúde, representando, em geral, custo elevado.

É recente o entendimento de assistência farmacêutica como serviço capaz de interferir na organização do sistema e nos resultados de saúde obtidos, superando a compreensão de que se trata apenas do fornecimento de medicamentos. A alocação crescente de recursos financeiros, a complexidade de produtos e o seu acompanhamento junto ao usuário têm evidenciado a necessidade de organização de serviços farmacêuticos que promovam o uso racional, identifiquem e selecionem medicamentos com melhor custo-efetividade e favoreçam a adesão e continuidade do tratamento, racionalizando recursos e viabilizando a qualidade do acesso.

Os dados do gasto público com medicamentos evidenciam tanto o caráter crítico que a despesa vem adquirindo, quanto o potencial de utilização estratégica do poder de compra do sistema de saúde público para o desenvolvimento industrial. Em 2005, a seguinte situação foi observada na evolução da assistência farmacêutica, considerando-se exclusivamente os gastos do gestor federal do SUS:

⇒ gasto com medicamentos estratégicos, incluindo medicamentos para tuberculose, Aids e outras doenças: R\$ 1,8 bilhão;

⇒ gasto com medicamentos excepcionais para doenças raras e de alto custo: R\$ 1,2 bilhão;

⇒ repasse aos municípios para a compra de medicamentos: R\$ 280 milhões;

⇒ despesas com medicamentos nas ações de assistência hospitalar do SUS: R\$ 1,0 bilhão;

⇒ gasto global do Ministério da Saúde em 2005: R\$ 4,5 bilhões.

Para contribuir com o acesso da população a medicamentos seguros, a vigilância sanitária monitora os valores no mercado e analisa os preços dos produtos antes do seu lançamento, verificando se são inovadores ou se mantêm as características daqueles já disponíveis ao consumidor. Somado a isso, implementa uma série de medidas para estimular a concorrência e possibilitar a redução de preços, como ocorre com os genéricos, cujos custos devem ser pelo menos 35% mais baixos do que os medicamentos de referência.

Em 2007, a Anvisa concedeu 610 novos registros para medicamentos com 2.745 apresentações diferentes (a maior parte relativa a medicamentos genéricos). Ao final daquele ano, constavam no banco de dados da instituição 8.584 medicamentos, em 42.659 apresentações diferentes, com registros válidos no País. No mesmo ano, foram liberadas as versões genéricas de quatro anticoncepcionais de referência, que estão entre os 20 mais vendidos no País, setor este que teve faturamento superior a R\$ 1,5 bilhão em 2006 – cerca de 12% do faturamento da

indústria farmacêutica no Brasil – e representa 14% do total de medicamentos comercializados. Há, atualmente, 2.260 genéricos registrados, fabricados por 73 laboratórios. No tocante às autorizações de funcionamento de empresas (AFE) para estabelecimentos da cadeia farmacêutica, foram emitidas, em 2007, 62 para fabricantes de insumos com ingredientes ativos, 311 para fabricantes de medicamentos e 1.053 para distribuidores, importadores e exportadores, totalizando 1.426 AFE emitidas.

No tocante a hemoderivados, desde 1996, o País importa os fatores de coagulação VIII e IX para o tratamento dos pacientes hemofílicos, com um gasto executado, em 2005, de R\$ 203,6 milhões. Atualmente, esses medicamentos são importados pela União e pelos serviços privados, com um gasto anual estimado em U\$185 milhões. O Hemocentro de Pernambuco – Hemope – possui uma planta-piloto para produção de albumina, que cobre aproximadamente 2% da demanda estimada anual e tem prevista a desativação de suas instalações, com a consequente incorporação e aproveitamento de seus recursos humanos e área física para outros projetos que serão apoiados pela Hemobrás. Parte da área física e do pessoal do Hemope está sendo adequada para a produção da cola de fibrina. A cola de fibrina, nessa metodologia de produção, é um hemocomponente produzido por biotecnologia com todas as garantias de qualidade e segurança de um hemoderivado, com utilização crescente na medicina, principalmente no tratamento odontológico dos hemofílicos, nas cirurgias ortopédicas, cardíacas, microcirurgias e transplantes hepáticos, entre outros. Representará grande economia para o SUS e avanço no tratamento desses pacientes, visto que o elevado custo de importação desse produto inviabiliza o seu uso.

O programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 para ampliar o acesso aos medicamentos considerados essenciais. Por meio das unidades próprias e parceria com municípios e estados, esses produtos são dispensados a preço de custo ao cidadão. O programa atende a toda a população e é dirigido, sobretudo, às pessoas que não têm condições de pagar por seu medicamento e, por isso, muitas vezes interrompem o tratamento. Uma pesquisa da OMS, feita em 71 países, revela que os brasileiros gastam 19% da renda familiar com saúde. Entre as pessoas de baixa renda, o que mais pesa no bolso são medicamentos (61% das despesas com saúde). Entre os mais ricos, o maior gasto é com planos de saúde. Segundo a pesquisa, 9,1% dos entrevistados já tiveram que vender bens ou pedir empréstimos para pagar gastos com saúde.

O elenco de medicamentos do Farmácia Popular foi definido mediante critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Atualmente, é composto por 107 itens, entre os quais anti-hipertensivos, analgésicos, medicamentos para diabete, gastrite, colesterol etc. Desde a implantação do programa, tem sido observado um aumento expressivo do número de farmácias próprias, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 7 – Evolução do número de farmácias próprias – 2004 a 2007.

Evolução do programa Farmácia Popular				
	Período			
	2004	2005	2006	2007
Quantidade de unidades próprias	27	78	254	406

Outra modalidade do programa é o “Aqui tem Farmácia Popular”, criado em 2006, que funciona a partir de parcerias com estabelecimentos da rede privada. Nessa versão, a opção inicial foi de trabalhar grupos de doenças como hipertensão e diabetes e, também, anticoncepcionais, atendendo tanto a necessidade da população, quanto o planejamento familiar. Assim, foram eleitos os medicamentos mais indicados para o tratamento dessas patologias, os quais são fornecidos por estabelecimentos credenciados. Essa modalidade também é chamada de co-pagamento e oferece medicamentos subsidiados em até 90% pelo Ministério da Saúde.

2.2. Determinantes e condicionantes de saúde

A compreensão do conceito ampliado de saúde – que transcende as concepções *stricto sensu* biomédicas do processo saúde-adoecimento-cuidado – envolve fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento ambiental, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais. A pessoa é vista, assim, em sua totalidade. Os determinantes e condicionantes de saúde são objeto de atenção internacional e nacional. A OMS criou, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde, com o “objetivo de determinar as melhores estratégias para combater as condições sociopolíticas responsáveis pela falta de saúde e as desigualdades, entre os países e dentro dos países”. Composta por especialistas nos campos da inovação científica, da saúde pública, da formulação de políticas e de intercâmbio social, a Comissão estabeleceu novas redes de conhecimentos e assumiu a responsabilidade de preparar recomendações sobre intervenções normativas.

No Brasil, Decreto de março de 2006 instituiu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais – CNDS –, integrada também por especialistas e representantes de segmentos sociais e encarregada de propor a adoção de políticas públicas estratégicas e intervenções voltadas à melhoria das condições de saúde das populações, com vistas a fortalecer as práticas e as iniciativas para a diminuição das iniquidades em saúde. Segundo definição da CNDS, os determinantes sociais da saúde “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Apesar dos inúmeros avanços alcançados com o processo da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como pontos importantes a incorporação da saúde como direito constitucional e a criação do SUS, há fatores persistentes de iniquidades, como a falta de acesso a serviços de educação e de saúde de qualidade; desemprego; falta de moradia digna; falta de saneamento básico e ambiental; inúmeras alterações no meio ambiente e seus ecossistemas. As iniquidades na distribuição de riqueza no Brasil geram altos índices de pobreza que, por sua vez, levam à falta de acesso a bens materiais e a condições essenciais à saúde, à ausência de oportunidades e de possibilidades de opção, à baixa participação e mobilização social e à alta vulnerabilidade frente a adversidades.

Em sintonia com os movimentos nacionais e a agenda internacional, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS –, que tem como objetivos a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes; o fortalecimento de tecnologias capazes de minimizar e/ou extinguir as desigualdades; e o favorecimento da autonomia e co-responsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde. No âmbito específico do SUS, é importante registrar a persistência de problemas, ao lado dos avanços logrados, que demandam novas medidas no processo de aperfeiçoamento do sistema de saúde. Tais problemas relacionam-se diretamente

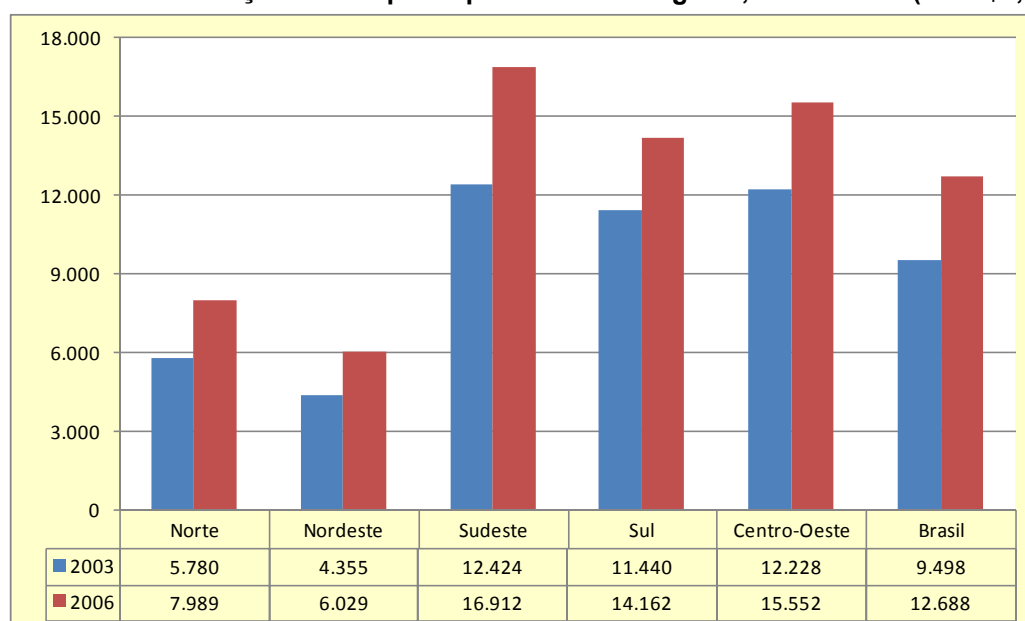
com os objetivos da PNPS, em especial o de contribuir para a qualidade de vida população a partir do SUS. Entre esses problemas, destacam-se:

- ⇒ fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- ⇒ modelo de atenção impessoal, centrado na relação queixa-conduta, com acolhimento e mecanismos de responsabilização frágeis;
- ⇒ fragmentação da rede assistencial, dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- ⇒ precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- ⇒ baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- ⇒ insuficiente atenção aos direitos dos usuários;
- ⇒ formação dos profissionais de saúde desarticulada da formulação da política pública de saúde;
- ⇒ participação incipiente de usuários nos micros espaços dos processos de atenção e gestão do SUS.

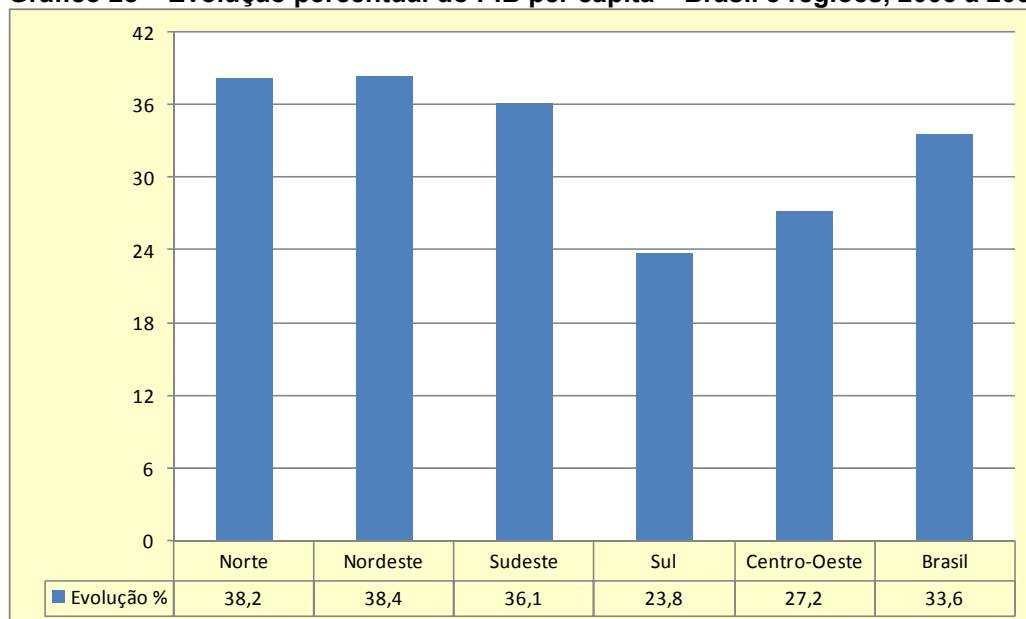
2.2.1. Aspectos socioeconômicos

No período 2003-2006, o PIB per capita nacional, a preços correntes, cresceu 33%, passando de R\$9.498,00 para R\$12.688,00. As regiões Norte e Nordeste tiveram os maiores crescimentos, ambas com 38%, enquanto a Sul teve o menor (24%). No mesmo período, a região Sudeste registrou uma elevação de 36% e a Centro-Oeste de 27%. A região Sudeste deteve o maior PIB per capita do País (R\$16.912,00) e a Nordeste, o menor (R\$6.029,00). No período, o maior PIB per capita por unidade da federação foi o do Distrito Federal (R\$37.600,00); o menor, o do Piauí (R\$4.213,00). O maior crescimento proporcional registrou-se no Espírito Santo (62%) e o menor no Mato Grosso (19%).

Gráfico 27 – Evolução do PIB per capita – Brasil e regiões, 2003 a 2006 (em R\$1,00).

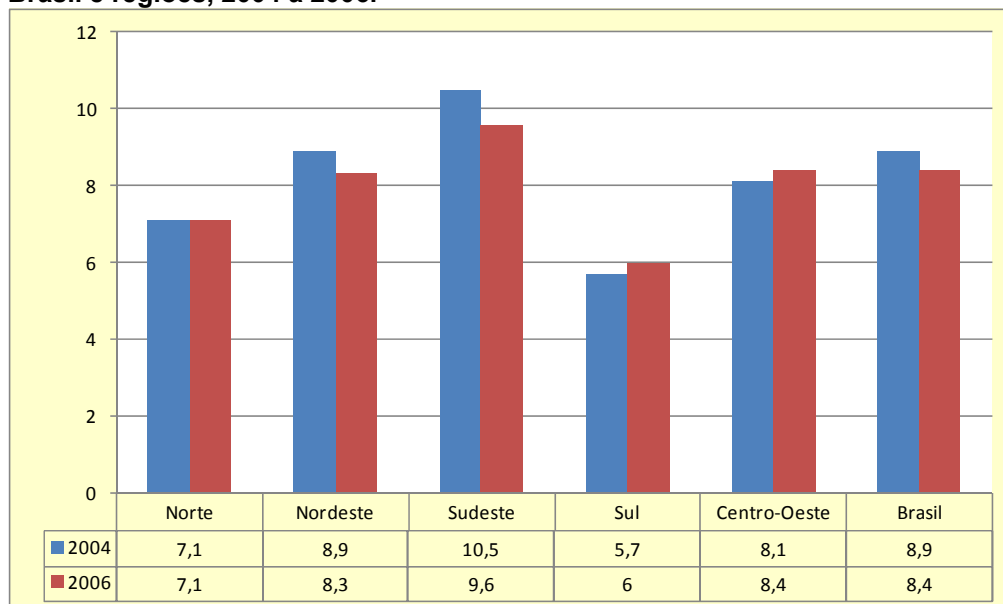


Fonte: IBGE

Gráfico 28 – Evolução percentual do PIB per capita – Brasil e regiões, 2003 a 2006.

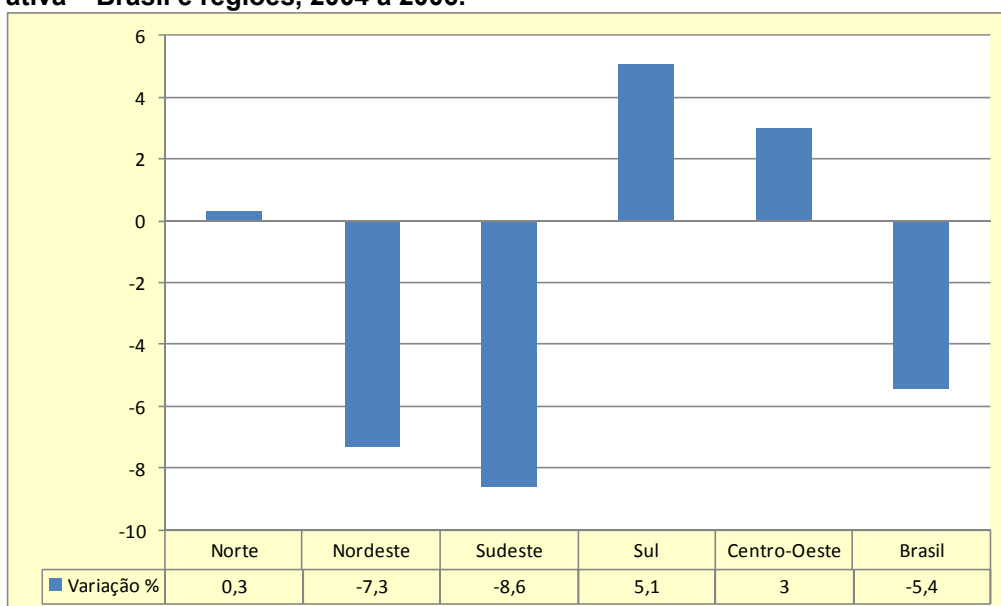
Fonte: IBGE

Como mostram os gráficos abaixo, a taxa de desemprego – percentual da população economicamente ativa que se encontra sem trabalho – apresentava-se ainda preocupante no período 2004-2006, pois não foram registradas melhoras significativas em termos nacional e regionais.

Gráfico 29 – Evolução da taxa de desemprego da população economicamente ativa – Brasil e regiões, 2004 a 2006.

Fonte: IDB 2007

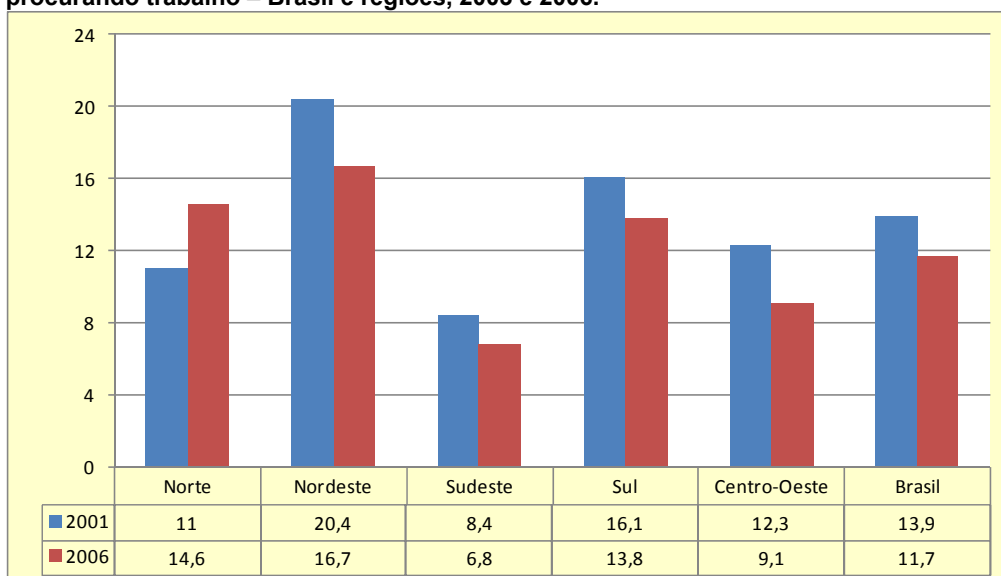
Gráfico 30 – Evolução percentual da taxa de desemprego da população economicamente ativa – Brasil e regiões, 2004 a 2006.



Fonte: IDB 2007

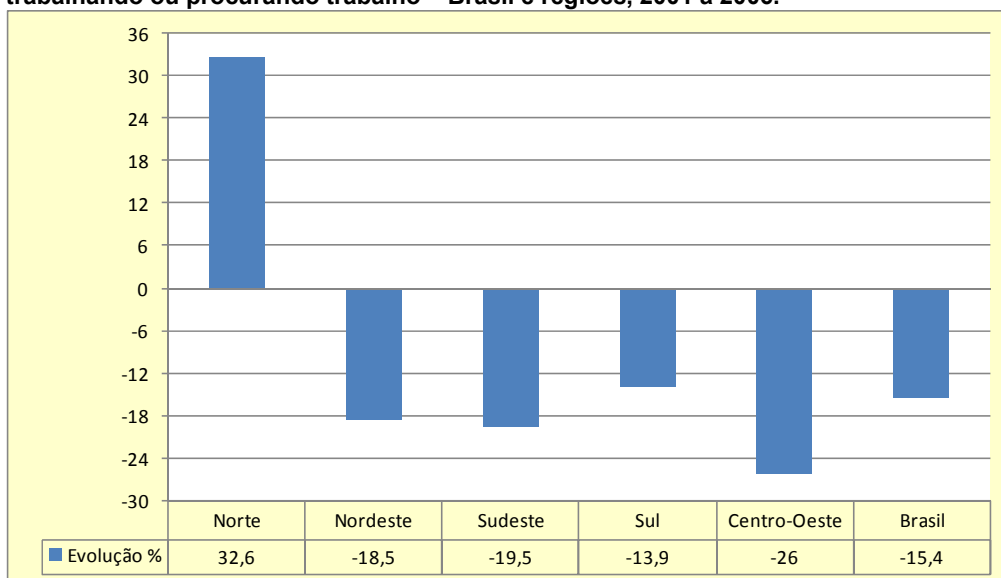
A taxa de trabalho infantil – percentual na população entre 10 e 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho – caiu de 13,9% para 11,7% no período 2001-2006. A queda nessa taxa foi registrada em todas as regiões, excetuando na Norte, onde houve aumento (de 11,0% para 14,6%). Em Roraima e Rondônia, o aumento dessa taxa foi de 210% e 118%, respectivamente. A unidade federada com menor percentual foi o DF, com 2,2%, além de ter apresentado a maior redução (-35,5%). No Nordeste, o Maranhão teve uma expressiva redução (-31,18%), ao passo que a Paraíba apresentou um aumento de 0,26%.

Gráfico 31 – Taxa da população de 10 a 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho – Brasil e regiões, 2003 e 2006.



Fonte: IDB 2007

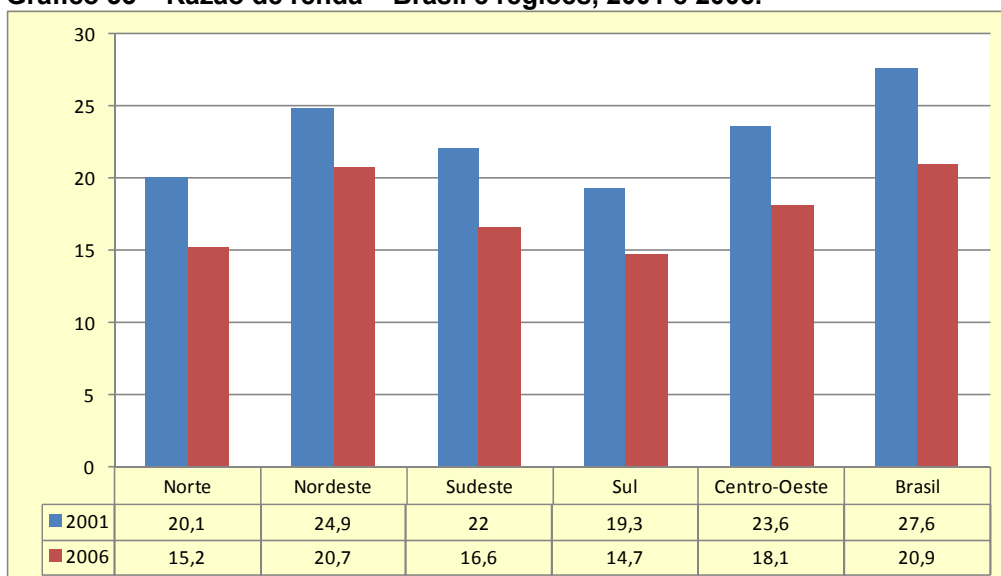
Gráfico 32 – Evolução percentual da taxa da população de 10 a 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho – Brasil e regiões, 2001 a 2006.



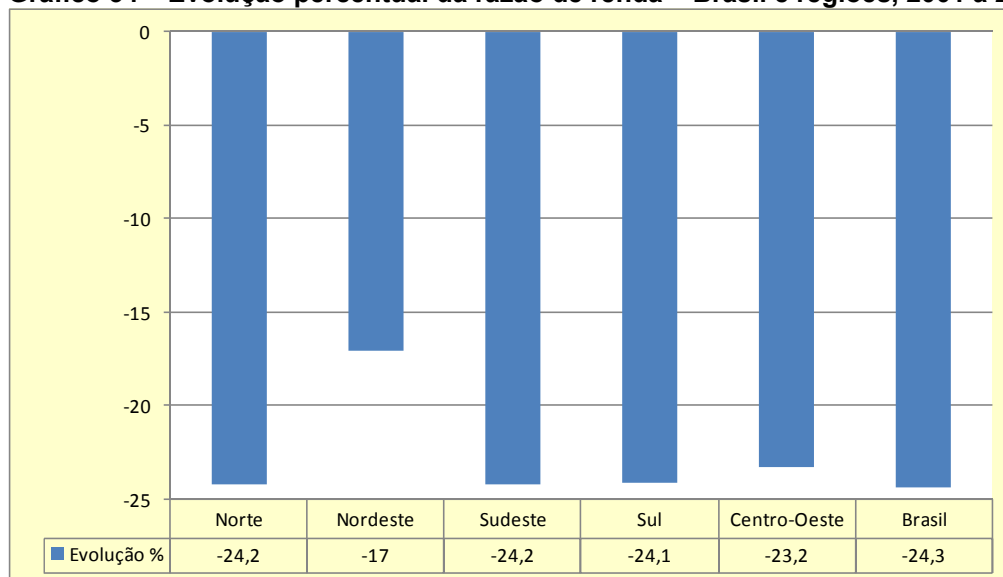
Fonte: IDB 2007

Ao se avaliar a razão de renda – número de vezes em que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres –, observa-se a diminuição dessa diferença que, em nível nacional, teve uma queda de 27,6 para 20,9 vezes. A região Sul alcançou, em 2006, a melhor relação (14,6 vezes), seguida pela Norte (15,2 vezes). As demais regiões variaram entre 16,6 e 20,7 vezes.

Gráfico 33 – Razão de renda – Brasil e regiões, 2001 e 2006.

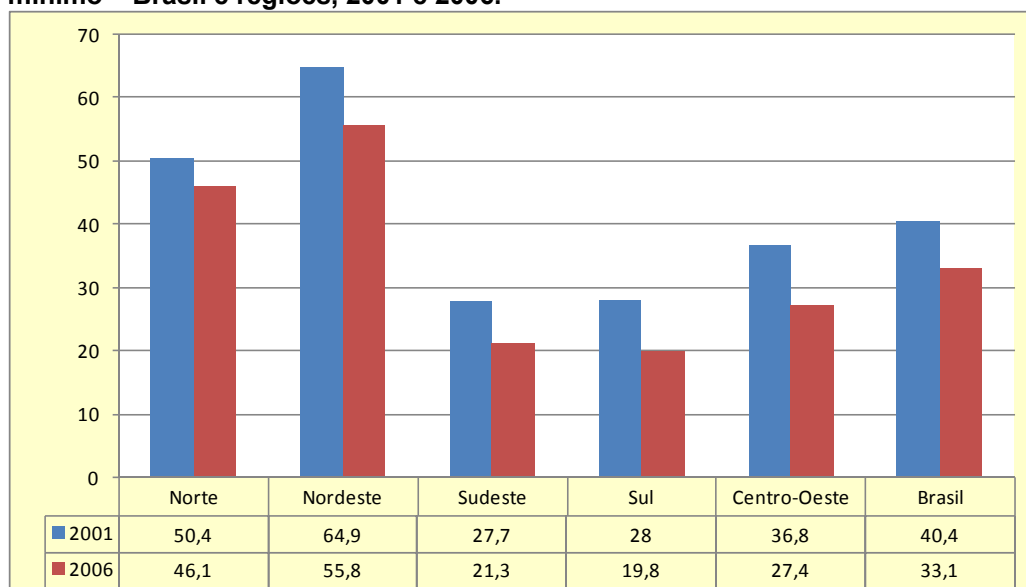


Fonte: IBGE/Pnad

Gráfico 34 – Evolução percentual da razão de renda – Brasil e regiões, 2001 a 2006.

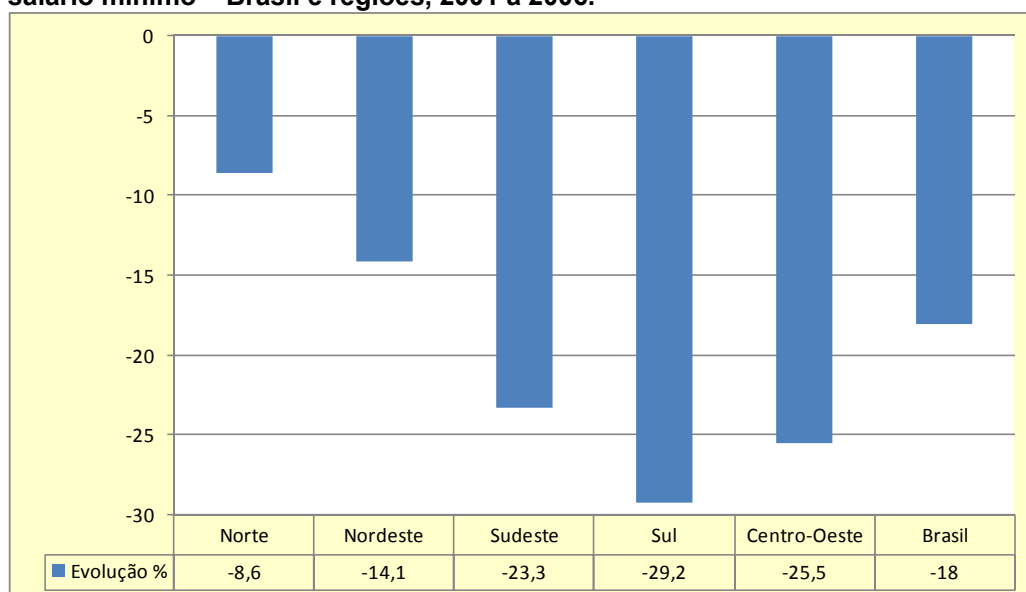
Fonte: IBGE/Pnad

A proporção de pobres – percentual da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo – diminuiu de 40,39% para 33,12%, no período 2001 a 2006, obtendo uma redução 18%. Em todas as regiões houve melhorias, com destaque para a Sul, com uma redução proporcional de 29,2%, seguida da Centro-Oeste (25,5%) e da Sudeste (23,3%). A região Norte obteve a menor redução (8,6%).

Gráfico 35 – Percentual da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo – Brasil e regiões, 2001 e 2006.

Fonte: IDB 2007

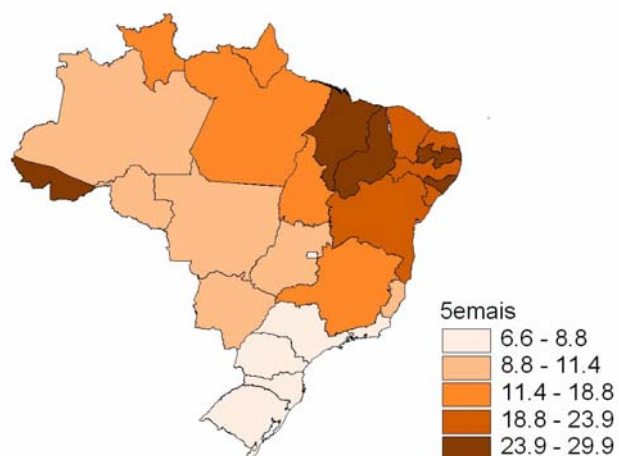
Gráfico 36 – Evolução percentual da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo – Brasil e regiões, 2001 a 2006.



Fonte: IDB 2007

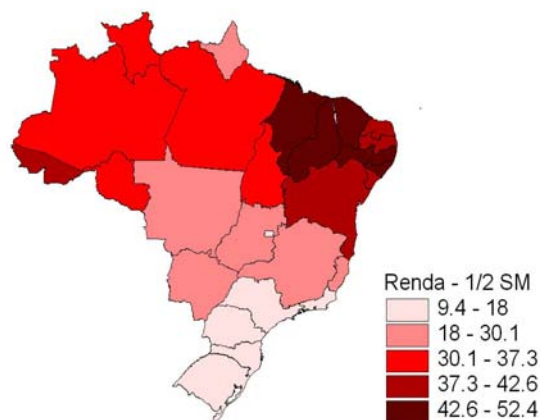
Em 2006, a proporção de pessoas com 15 anos e mais de idade não alfabetizadas apresentou uma redução de 16% em relação a 2001, caindo de 12,3% para 10,4%, com exceção da região Norte, que teve uma variação positiva de 0,6% deste indicador. As outras regiões tiveram uma redução desse indicador: a Sudeste apresentou maior redução (20,3%), seguida da Sul (19,8%), Centro-oeste (19,2%) e Nordeste (14,4%).

Figura 4: Proporção de pessoas com cinco anos e mais não alfabetizadas, Brasil, 2005.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2005).

Figura 5. Proporção de rendimento mensal familiar per capita de até meio salário mínimo, Brasil, 2005.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2005).

2.2.2. Ciência, tecnologia e inovação

A relevante ampliação e a crescente especialização do complexo industrial da saúde imprimem dinâmica acelerada de inserção de novas tecnologias no mercado. As necessidades de saúde por parte da população constituem uma demanda social em permanente processo de expansão, fruto das mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e das características dos bens e serviços de saúde. No Brasil, estudo desenvolvido a partir de dados da Anvisa informa que foram registrados 324 medicamentos novos entre 1998 e 2002, e a proporção entre produto comercializado e registrado foi de 45%.

Nesse contexto, o complexo industrial da saúde configura-se como espaço de oportunidades para o estímulo da produção, do emprego e da capacitação do País no uso de tecnologias e participação em setores econômicos de futuro. A produção científica e tecnológica constitui um dos principais pilares do projeto de desenvolvimento de qualquer País e tem como pressuposto a execução de políticas voltadas a atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação direcionados para o fortalecimento do mercado interno e à redução da dependência dos mercados produtores internacionais.

A área da saúde e o complexo industrial a ela voltada são campo prioritário para a concepção de políticas de ciência, tecnologia e inovação vinculadas à política social. A saúde representa 8% do PIB, constituindo um mercado anual de mais de R\$ 120 bilhões. Emprega, com trabalhos qualificados, cerca de 10% da população que possui vínculos empregatícios formais, segundo a Relação Anual de Informações Sociais (2007), e é a área em que os gastos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos do País, marcando uma enorme potencialidade, ainda pouco explorada, de aliar o desenvolvimento econômico com o social.

Os principais problemas para o sistema de saúde público, gratuito e universal são a dependência do País às tecnologias e pesquisas, desenvolvimento e produção externa de matérias primas, medicamentos e insumos; a insuficiente capacitação nacional no desenvolvimento tecnológico e na inovação da produção de insumos estratégicos em saúde; e a incorporação acelerada de novas tecnologias com alto comprometimento econômico para a sua oferta no SUS. Atualmente, fármacos e medicamentos já respondem por 60% do déficit comercial em saúde. As importações vêm crescendo em decorrência da alta competitividade baseada nas inovações das empresas localizadas nas regiões desenvolvidas e de suas estratégias de

configuração global, assim como do avanço que vem sendo obtido nas indústrias em economias emergentes, como a Índia e a China.

Embora 35% a 40% do esforço total em pesquisa desenvolvida no País estejam voltados à saúde, a interação da pesquisa em saúde com a política nacional de saúde ainda está aquém do desejado. A adoção e implementação da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa iniciou a reversão desse modelo, direcionando recursos do Ministério da Saúde para temas prioritários. A interação deve se ampliar com a articulação de agências de fomento e outros órgãos financiadores de pesquisa, para que orientem seus projetos de acordo com as prioridades definidas pela Agenda.

Destaque-se que a saúde configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que alavanca segmentos chave da sociedade. Além de sua dimensão social vinculada à própria cidadania, a saúde possui uma dimensão econômica própria, articulando entidades públicas e privadas em uma ampla rede de assistência à saúde – através do SUS e do sistema nacional de saúde suplementar –, além de um parque industrial responsável pelo fornecimento de uma vasta cadeia de produtos destinados aos cuidados da saúde humana. É uma fonte única de oportunidade para o desenvolvimento nacional no contexto das políticas de saúde e de desenvolvimento produtivo.

O Ministério da Saúde compra anualmente cerca de R\$ 8 bilhões entre medicamentos, equipamentos e produtos de saúde. O mercado farmacêutico nacional movimenta R\$ 28 bilhões, com alta taxa de crescimento anual, colocando-se entre os 10 maiores do mundo. O segmento de produtos médicos no Brasil, formado em grande parte por empresas de pequeno e médio porte, tem um faturamento anual estimado em R\$ 8 bilhões. Na área de equipamentos, o mercado público brasileiro responde por cerca de 50% do total. Também é responsável pela aquisição de mais de 90% das vacinas e em torno de 25% dos medicamentos.

Registre-se que, se por um lado, novos fatores regulatório-econômicos tornaram mais árdua a expansão do setor, por outro, induziram uma significativa melhora das tecnologias fabricadas no País. Isso é observado analisando-se os dados das três pesquisas da Pesquisa Industrial de Inovação Tecnológica do IBGE, em que o setor de produtos médicos aparece como sendo um dos 10 setores mais inovadores no Brasil. Novos conceitos regulatórios foram fortemente introduzidos no mercado: boas práticas de fabricação e certificação compulsória de equipamentos no âmbito do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro).

Nessa perspectiva, a governança regulatória em assuntos estratégicos relacionados à biossegurança, à biotecnologia, ao patrimônio genético e à propriedade intelectual deve ser tratada de forma articulada mediante representação institucional inter e intra-ministerial, facilitando as convergências políticas entre as instituições governamentais nacionais que possuem responsabilidades legais em assuntos correlatos, de modo a aperfeiçoar o arcabouço jurídico necessário à implementação de programas, projetos e ações de desenvolvimento e inovação em saúde e assim promover a segurança jurídica necessária à execução das atividades de empresas, quer pública, mista ou privada, com potencial e interesse em iniciativas de inovação e desenvolvimento tecnológico para produção de insumos para a saúde oriundo da biodiversidade ou resultantes da biotecnologia. Em relação a meio ambiente ou cooperação internacional, sobretudo na transferência de tecnologia, há que se considerar as legislações internacionais, em especial as que o Brasil é signatário.

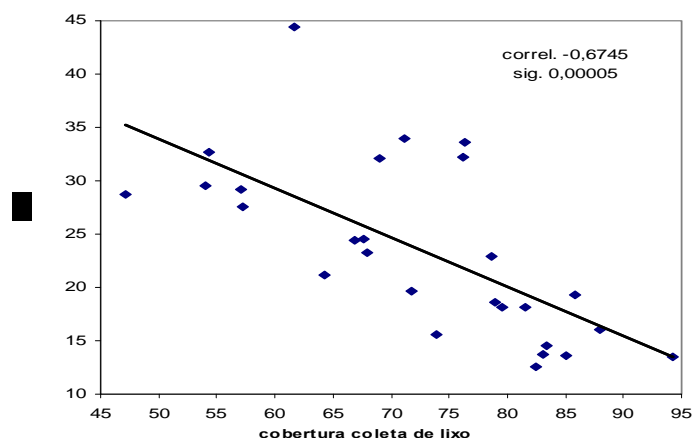
Além disso, a dinâmica de evolução tecnológica do setor aliada à defasagem tecnológica verificada no País e, conseqüentemente, a dependência de importações, configura uma situação de vulnerabilidade para o SUS que pode ser danosa ao bem-estar da população. Os programas de assistência médica entre outros não podem ficar sujeitos às oscilações do mercado financeiro internacional e refém de estratégias competitivas descoladas do interesse nacional.

2.2.3. Saneamento

No conjunto dos determinantes sociais, cabe ressaltar inicialmente a questão do saneamento, entendido como sendo o elenco de medidas socioeconômicas que têm por objetivo alcançar salubridade ambiental, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos sólidos, líquidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária de uso do solo, drenagem urbana, controle de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializadas, com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural. O Brasil apresenta insuficiências e desigualdades regionais na distribuição dos serviços de saneamento básico. O gráfico 37 mostra uma correlação positiva entre a cobertura de coleta de lixo nos domicílios e a taxa de mortalidade infantil, o que não representa uma relação de causa-efeito, mas sim que estados com menor desenvolvimento ambiental tem piores indicadores de saúde.

A análise do quadro epidemiológico brasileiro e dos países em desenvolvimento revela a existência de altos índices de morbimortalidade relacionados com os fatores ambientais, especialmente com as precárias condições de saneamento básico. A baixa oferta e qualidade dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, resíduos sólidos e as condições inadequadas de moradia têm forte associação com os elevados casos de doenças como diarreias, verminoses, hepatites, doença de Chagas, malária, dengue, leptospirose, infecções cutâneas e outras.

Gráfico 37 – Correlação entre a proporção de domicílios com lixo coletado diretamente por rede pública e taxa de mortalidade infantil nas Unidades Federadas - Brasil-2005.



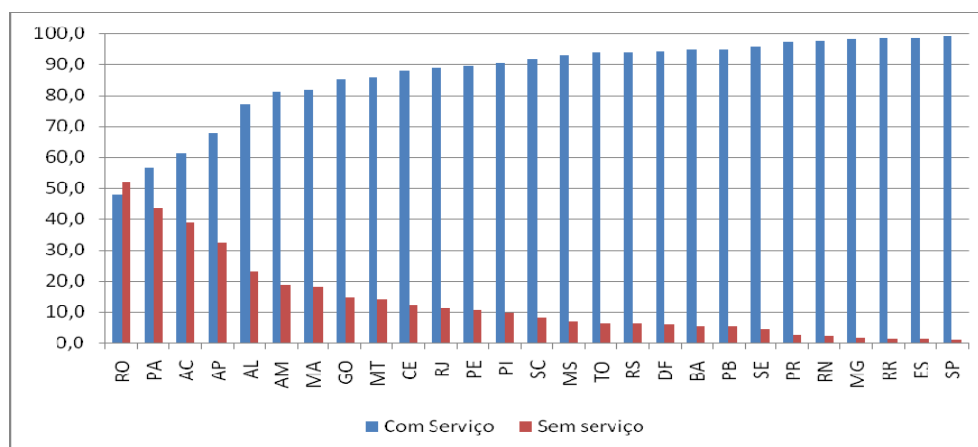
Fonte: IBGE – Pnad e CGIAE/Dasis-SVS/MS.

A Opas/OMS menciona exemplos de melhorias em relação à saúde com a implantação de sistema de abastecimento de água e destinação adequada de dejetos: prevenção de pelo menos 80% dos casos de febre tifóide; redução de 60% a 70% de casos de tracoma e esquistossomose; prevenção de 40% a 50% dos casos de disenteria bacilar, amebíase, gastroenterites e infecções cutâneas.

Dados da OMS revelam ainda que 88% das doenças diarreicas são produtos de um abastecimento de água insalubre e de um esgotamento sanitário e uma higiene deficientes; a melhoria do abastecimento de água reduz entre 6% a 21% da morbidade por diarreia; a melhoria do esgotamento sanitário reduz a mortalidade por diarreia em 32%; as medidas de higiene, entre elas a educação sobre o tema e a insistência no hábito de lavar as mãos, podem reduzir o número de casos de diarreia em até 45%; a qualidade da água de consumo por meio de seu tratamento doméstico,

por exemplo como a cloração no ponto de consumo, pode reduzir de 35% a 39% os episódios de diarreia (OMS, 2006).

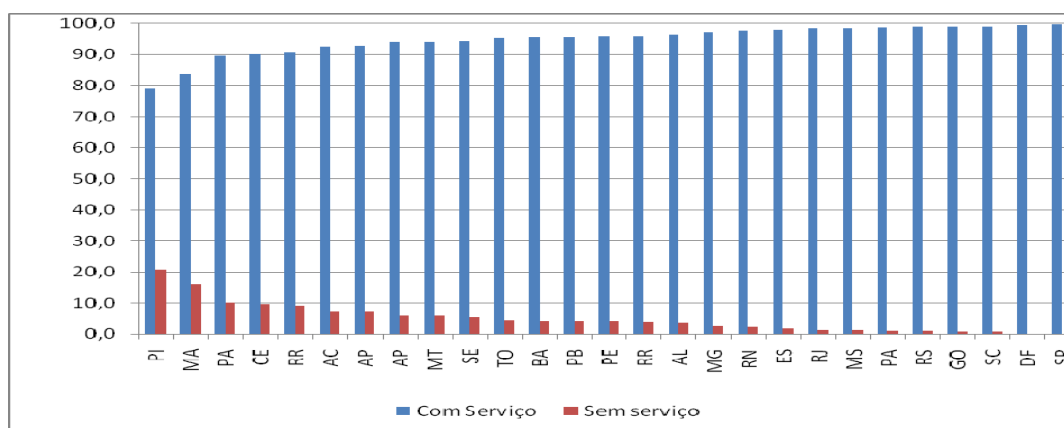
Gráfico 38 – Percentual dos domicílios particulares permanentes urbanos, por existência de serviço de rede geral de abastecimento de água, nas Unidades Federadas – 2005.



Fonte: IBGE – Pnad.

Em relação à coleta direta de lixo por rede pública, em 2005, a maior cobertura foi do estado de São Paulo (99,8%) e a menor a do Piauí (78,9%) (Gráfico 39).

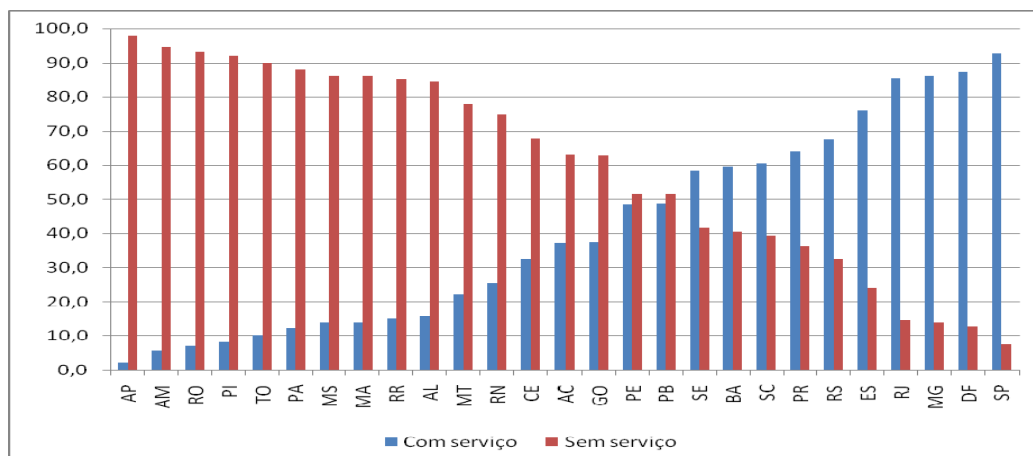
Gráfico 39 – Percentual dos domicílios particulares permanentes urbanos, por existência de serviço de coleta de lixo, segundo as Unidades da Federação – 2005.



Fonte: IBGE - Pnad

Quanto à rede coletora pública de esgotamento sanitário, em 2005, as regiões Sul, Sudeste, o DF e alguns estados do Nordeste apresentaram uma cobertura acima de 48,4% (São Paulo, Distrito Federal e Minas Gerais apresentaram as maiores coberturas) (Gráfico 40).

Gráfico 40 – Percentual dos domicílios particulares permanentes urbanos, por existência de serviço de esgotamento sanitário, nas Unidades Federadas – 2005.



Fonte: IBGE – Pnad.

No âmbito da engenharia de saúde pública, a Funasa tem direcionado apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento do saneamento ambiental a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para a prevenção e controle de doenças. As ações visam, em especial, a diminuição da incidência de doenças de veiculação hídrica, da malária na região da Amazônia Legal e da dengue, bem como a transmissão da doença de Chagas e a redução da mortalidade infantil. Ainda é baixa a cobertura dos serviços de saneamento em municípios de até 50 mil habitantes – que representam 90,5% do total de municípios do País –, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Cobertura dos serviços de saneamento em municípios de até 50 mil habitantes, 2006, Brasil.

<i>População/ Cobertura</i>	<i>Brasil</i>		<i>Municípios com até 50 mil habitantes</i>	
	<i>População</i>	<i>%</i>	<i>População</i>	<i>%</i>
População urbana com rede de distribuição de água	122.102.799	89,1	31.691.514	85,1
População rural com rede de distribuição de água	5.580.149	17,8	3.753.812	15,4
População urbana com esgotamento sanitário	95.905.957	70,0	18.823.766	50,5
População rural com esgotamento sanitário	3.693.273	11,8	2.082.028	8,5
População urbana com coleta de lixo	124.858.017	91,1	30.756.952	82,2
População rural com coleta de lixo	3.810.898	12,2	1.907.318	7,8

Fonte: Censo-IBGE/2000.

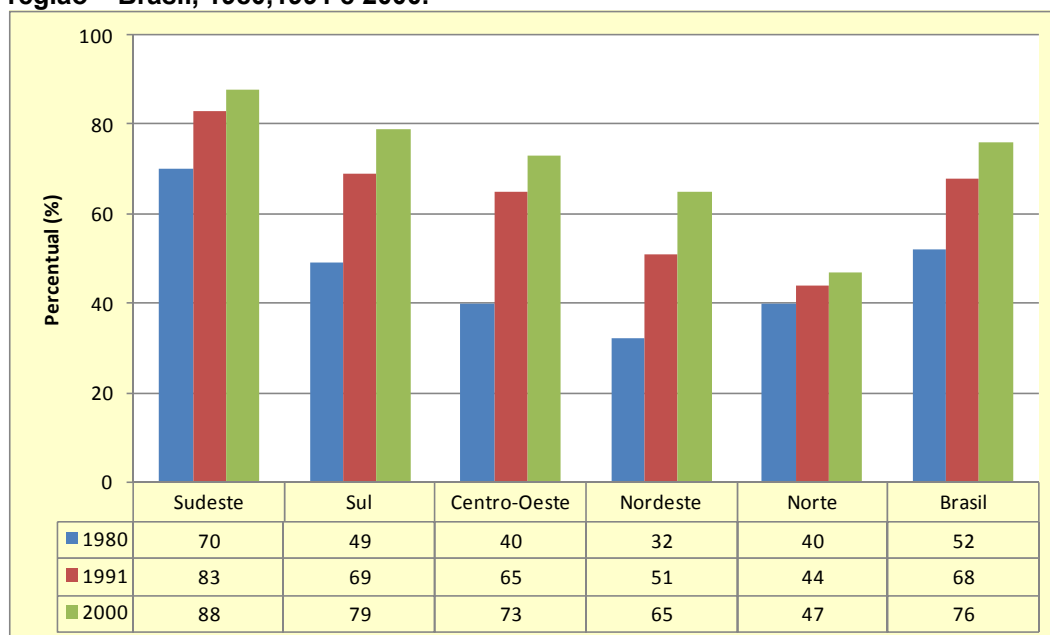
Essa situação tem como principais causas o baixo investimento em saneamento ambiental e a incipiente capacidade operativa dos municípios de pequeno e médio porte para execução e manutenção de ações de saneamento.

O aumento da população coberta pela rede de abastecimento de água (Gráfico 41) foi de 46% entre 1980 e 2000. Esse aumento ocorreu em períodos diferentes, tendo sido mais acentuado na década de 80 na maioria das regiões, com exceção da região Norte, onde a ampliação ocorrida naquela década foi muito semelhante ao que ocorreu na década de 90. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram, em 2000, maiores percentuais de cobertura da população pela rede de abastecimento de água, numa média de 76% para o ano de 2000. Já as regiões Norte e Nordeste tinham os menores percentuais de cobertura populacional (média de 56%). Para o mesmo ano, a diferença entre a região com maior percentual de cobertura (Sudeste) e a região com menor percentual de cobertura (Norte) chega a 41%.

Ao se analisar a situação de saneamento, observa-se que a cobertura dos serviços de saneamento na área rural é considerada baixa em relação à área urbana. Nos últimos 10 anos, a população rural brasileira teve um ligeiro crescimento. Segundo dados do IBGE/2007, no Brasil, cerca de 31 milhões de pessoas residem em localidades rurais, representando aproximadamente 8,5 milhões de domicílios.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad/2007, apenas 27,9% da população residente nas áreas rurais são atendidas por sistemas públicos de abastecimento de água com ou sem canalização interna e 23,7% por sistemas públicos de coleta de esgoto e fossas sépticas; o restante da população capta água de chafarizes e poços protegidos ou não, em cursos de água, sem tratamento, e em outras fontes geralmente insalubres (72,1%); e depositam os dejetos em fossas rudimentares e outros locais a céu aberto (76,3%). Somente 22% da população tem acesso a banheiros e sanitários de uso exclusivo ou coletivo. O lixo é coletado direta ou indiretamente em 28,5% dos domicílios rurais e o restante é depositado no solo ou jogado em cursos de água.

Gráfico 41 – População com acesso à rede geral de abastecimento de água, segundo região – Brasil, 1980,1991 e 2000.



Fonte: IBGE censos demográficos.

A desigualdade na cobertura populacional da rede de abastecimento de água é reproduzida para a rede pública de esgoto. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram média percentual de cobertura de 44% no censo de 2000, enquanto as regiões Norte e Nordeste tinham média de 16%. A diferença na proporção da população coberta entre a região com melhor situação (Sudeste) e a região com menor cobertura (Norte) foi de 63%. O percentual da população urbana atendida por rede geral de esgoto ou fossa séptica passou de 65,9%, em 1992, para 75,9%, em 2002. Os maiores déficits desses serviços encontram-se nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

Segundo dados da PNSB 2000/IBGE, a disposição final dos resíduos sólidos é também inadequada: 64% dos municípios ainda dispõem seus resíduos em lixões a céu aberto, prejudicando consideravelmente a eficiência das políticas de outros setores, entre as quais a de saúde.

2.2.4. Poluição ambiental

A poluição urbana do ar tem como referência mais comum as atividades industriais e de transportes, cujo impacto de emissão de poluentes é mais frequentemente estudado em regiões economicamente consolidadas, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Contudo, países como o Brasil possuem outras regiões, como a Amazônia e o Planalto Central, onde as atividades econômicas predominantes estão ligadas ao setor primário (extrativismo florestal, mineração, pecuária, agricultura e pesca). Nessas regiões, os principais núcleos urbanos são pontos de apoio às atividades citadas, cuja implantação, em geral, requer desmatamento seguido por queimadas que trazem sérias consequências para o equilíbrio do ecossistema e para as populações. Estudos dos efeitos das queimadas para a saúde humana são muito escassos, tanto no Brasil quanto no exterior.

Hoje, segundo dados da Organização das Nações Unidas – ONU –, quase metade da humanidade vive nas cidades, e a população urbana está crescendo duas vezes e meia mais rápido que a rural (ONU, 2006). O número estimado de mortes causadas por problemas decorrentes da poluição atmosférica no mundo é de cerca de três milhões. Esse valor representa 5% do total de 55 milhões de mortes que ocorrem anualmente no mundo e, em algumas populações, cerca de 30% a 40% dos casos de asma e 20% a 30% de todas as doenças respiratórias podem ser relacionadas à poluição atmosférica (WHO, 2000). No Brasil, a Amazônia Legal concentra mais de 85% das queimadas que ocorrem de forma sistemática. O desmatamento na região estende-se desde o sudeste do Maranhão até o sudeste do Acre, incluindo o norte do Tocantins, o sul do Pará, o norte de Mato Grosso, Rondônia e o sul do Amazonas.

Na Amazônia, as queimadas também contribuem para o aumento das liberações de mercúrio no ecossistema, levando à contaminação da cadeia trófica com comprometimento da saúde humana. A queima de biomassa acarreta efeitos diretos à saúde humana, principalmente em grupos mais vulneráveis, devido à inalação de gases e material particulado presentes no aerossol. Embora muitos estudos sejam desenvolvidos sobre o impacto das queimadas na região Amazônica, não existem pesquisas epidemiológicas analíticas para avaliar a magnitude do impacto na saúde.

Há pelo menos três décadas, a poluição do ar gera apreensão nos habitantes de áreas metropolitanas. No Brasil, vários estudos enfocam os efeitos de curto prazo provocados pela poluição do ar, embora tais efeitos também tenham potencial para provocar dano à saúde a médio e longo prazos. Outro fator importante refere-se ao uso indiscriminado e intenso de agrotóxicos na agricultura. Em 2007, o mercado brasileiro atingiu US\$ 5,3 bilhões em vendas de agrotóxicos, referentes a um volume de mais de 350.000 toneladas/ano.

O uso intensivo de agrotóxicos representa um dos fatores de risco mais importantes para a saúde humana. Em geral, os efeitos crônicos para a saúde humana decorrentes da exposição a agrotóxicos são o desenvolvimento de câncer, malformação e danos para o sistema nervoso e funcionamento do sistema endócrino (WHO, 2004a). A poluição do ar devido à presença dos agrotóxicos se dá principalmente através da deriva de aplicações aéreas ou terrestres, atingindo alvos que não foram originalmente visados, acumulando-se assim no ambiente e promovendo intoxicações agudas e crônicas nos trabalhadores e na população geral.

Os estudos epidemiológicos usados na maioria das pesquisas sobre a relação exposição-efeito da poluição do ar fazem uso de dados secundários, como o número de óbitos, internações hospitalares, atendimentos realizados na rede básica de saúde, admissões em serviços de urgência por diversas causas, uso de medicamentos, procedimentos específicos, como a nebulização, entre outros indicadores de saúde escolhidos, em bases que podem ser diárias, semanais ou mensais. Tais estudos têm mostrado que aumentos nos níveis de poluentes do ar se associam a aumentos na morbimortalidade, com desfechos respiratórios e cardiovasculares, em especial entre idosos e crianças. Outros efeitos referem-se a perdas econômicas, aumento no absenteísmo escolar, dias de trabalho perdidos, asma e nebulizações.

2.2.5. Populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade

As desigualdades em saúde são diferenças sistemáticas na situação sanitária de grupos populacionais, visíveis por meio de indicadores de saúde. Já as iniquidades são desigualdades que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias (CNDSS, 2006). No Brasil, as iniquidades são determinantes da situação de saúde, pois estão intrinsecamente ligadas ao nível socioeconômico, às relações sociais, culturais e de gênero, à identidade de raça, etnia e cultura, às diferentes opções e identidades sexuais, e à faixa etária, para citar os mais comuns.

A historicidade brasileira registra a presença, ou mesmo a contribuição, de diferentes povos com diferentes culturas. No entanto, a 'mistura de raças' que costuma caracterizar o povo brasileiro, deve ser vista, apropriadamente, como um convívio de raças, etnias, povos, culturas e identidades, com visões peculiares do mundo do ponto de vista simbólico e da realidade, e com diferentes maneiras de estar no mundo, de interagir com ele. Essa diversidade e heterogeneidade são encontradas no campo, na floresta, nas águas e na cidade, dos sertões ao litoral. Configuram-se os povos da floresta e das águas (indígenas, extrativistas, ribeirinhos); do campo (indígenas, quilombolas, camponeses, assentados, sem terra); os ciganos (fixos e nômades); a população dos grandes centros urbanos; a população em situação de rua; os gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros. São grupos populacionais, na maioria em situação de extrema vulnerabilidade, que apresentam um maior grau de exposição aos riscos de adoecer e morrer.

Fatores inerentes a indivíduos ou coletividades – associados às determinações sociais, sejam elas socioeconômicas, culturais ou ambientais, relacionadas às condições de vida e de trabalho, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, existência ou não de redes sociais e comunitárias – geram na sociedade brasileira desigualdades muitas vezes macro estruturadas.

a) População negra

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

a) geneticamente determinados, tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;

b) adquiridos em condições desfavoráveis, como desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e

c) de evolução agravada ou tratamento dificultado, como hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (Pnud et al, 2001).

Essas doenças e agravos necessitam de uma abordagem específica sob pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde no País.

A anemia falciforme é uma doença hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo, sendo a do tipo Banto – a mais grave – a predominante no Brasil. Dados da OMS estimam que nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas/ano. Segundo Oliveira (2000), triagens de gestantes no pré-natal demonstraram que, em cada mil, 30 são portadoras do traço falcêmico.

Particularmente quanto à saúde das mulheres no Brasil, a ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de saúde dificulta uma análise mais consistente. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra já são indicadores de seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada à das mulheres brancas. Elas possuem menor acesso a serviços de saúde de qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Como exemplo dessa situação está o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, seja durante o parto ou no puerpério. A mesma situação se repete na atenção ginecológica às mulheres que é, segundo os dados da PNDS (1996), maior entre as mulheres brancas do que entre as negras. Esses dados demonstram que, das mulheres que realizaram o exame no ano anterior à pesquisa, 37,1% eram brancas e 24,7% eram negras.

No caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência da diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. Mesmo empíricos, os dados sobre essas doenças são suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra. A literatura norte-americana afirma que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que em mulheres brancas. No Brasil, segundo Souza (1995), também é alta a incidência e reincidência de miomas em mulheres negras.

No que se refere à hipertensão arterial, a sua maior prevalência ocorre em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada neste grupo populacional. Esse dado adquire maior gravidade quando relacionado à hipertensão arterial durante a gravidez, levando à toxemia gravídica, uma das principais causas de morte materna no Brasil. O câncer de colo de útero é duas vezes mais frequente em mulheres negras que em brancas.

b) Populações remanescentes de quilombos

As comunidades quilombolas são grupos étnicos, predominantemente constituídos pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias. Até então, foram identificadas cerca de 3.524 comunidades quilombolas, das quais mais de 500 transitam pelos diferentes passos do processo de regularização fundiária. A população quilombola é estimada em dois milhões de pessoas e a maioria dessas comunidades habita em lugares inóspitos e de difícil acesso. As questões inerentes a identificação, reconhecimento, delimitação e titulação

das terras ocupadas pelos quilombolas estão a cargo do Ministério do Desenvolvimento Agrário (Decreto nº 4.887/20 de novembro de 2003).

Segundo informações procedentes da Chamada Nutricional Quilombola, realizada em 2006, a proporção de crianças de zero a cinco anos de idade desnutrida era 44,6% maior entre estes do que nos demais moradores do campo. De acordo com essa pesquisa, apenas 3,2% delas moram em casas com acesso a redes de esgoto⁶. Pesquisas realizadas em 2004 confirmam a difícil situação em matéria de saúde dos quilombolas: de 144 comunidades pesquisadas, somente 16 recebiam água tratada da rede pública e 105 careciam de postos de saúde da família.

As doenças mais frequentes entre as crianças, em ordem decrescente segundo a prevalência, são: diarreia, desnutrição, doenças de pele, gripe, verminose e obesidade. Entre os adultos predominam a hipertensão, diabete, diarreias, doenças de pele, desnutrição, reumatismo e obesidade. Relata-se também uma alta incidência de anemia falciforme.

Em dezembro de 2004, foi criado o programa Brasil Quilombola, coordenado pela Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Integração Racial – Seppir –, que promove ações intersetoriais para o desenvolvimento dessas populações, entre as quais de saúde e de saneamento ambiental.

c) Populações do campo, da floresta e das águas

As populações do campo, da floresta e das águas compreendem povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo. Abrangem camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários – residentes ou não no campo –, quilombolas, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas e populações atingidas por barragens. Segundo dados do IBGE, 19% da população brasileira é classificada como rural, com 15 milhões de agricultores. Nesse grupo, 37% das famílias rurais vivem abaixo da linha da pobreza e 11% vivem somente da aposentadoria rural. Estima-se que existam 4,8 milhões de famílias sem terra. O Censo Agropecuário de 2004 (IBGE, 2004) mostra que 2,4 milhões de pequenos proprietários detêm 50% do total das propriedades rurais, contudo com menos de 2% do total das terras agricultáveis do País.

Em relação à utilização dos serviços de saúde, a Pnad/IBGE-1998 constatou que a proporção de indivíduos do meio rural usuária do SUS é maior que no meio urbano, cuja demanda apresenta diferenças. Enquanto o usuário urbano procura o SUS para realização de exames de rotina e de prevenção, na área rural o principal motivo da procura está associado à ocorrência de doenças. Do total da população, 20,25% dos moradores do meio rural avaliaram seu estado de saúde como ruim, muito ruim ou regular, enquanto na área urbana o percentual caiu para 17,81% (IBGE, 1998, 2003).

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência, e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para torná-la mais vulnerável às enfermidades. Entre os fatores de deterioração da saúde, a exposição aos agrotóxicos – ambiental ou ocupacional, aguda ou crônica – constitui uma das especificidades relacionadas aos agravos de saúde da população rural. No caso das mulheres trabalhadoras do campo, os danos mais comuns são a hipertrofia celular que pode levar à ocorrência de câncer, em especial da tireóide e os distúrbios do sistema reprodutivo (Marinovich et al, 1997).

⁶ Tomado do site do Pnud em 2/8/2007.

d) População LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais)

A população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais se caracteriza-se pela pluralidade interna. Em termos de identidade, pode ser referido como grupo social que estabelece condições relacionais e de subjetivação distintas do padrão heterossexual social e historicamente constituído. Podem estar inseridos em diferentes grupos sociais, diferindo amplamente em termos de situação econômica, étnico-racial, cultural, religiosa e educacional.

O Ministério da Saúde assumiu o compromisso de propor medidas inclusivas na atenção à saúde para essa população, institucionalizando o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (BRASIL, 2004a). O Ministério já vinha desenvolvendo ações dirigidas a essas comunidades, principalmente por meio do Programa Nacional de DST/Aids. A nova proposta inclui a promoção de ações transversais em saúde, que garantam o princípio da equidade.

Em relação à situação de saúde dessa população no Brasil, há carência de dados sistematizados que possam viabilizar um diagnóstico sobre as suas necessidades reais. Alguns estudos, no entanto, têm demonstrado que processos discriminatórios e/ou preconceituosos em relação à população LGBT interferem no acesso e na qualidade da atenção recebida nos serviços de saúde.

Um dossiê recentemente elaborado pela Rede Feminista de Saúde (2006) esclarece que, em relação à saúde das mulheres lésbicas, há de se atentar para os agravos decorrentes da violência e da estigmatização contra homossexuais e bissexuais, o abuso de álcool e de drogas ilícitas, bem como o sofrimento psíquico oriundo de processos discriminatórios. Registre-se ainda a violência intra-familiar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência.

O segmento gay vem ampliando a discussão sobre saúde na perspectiva da integralidade, não restringindo mais a pauta em relação à saúde às questões relativas à Aids, seu tratamento e prevenção. A demanda por atenção em saúde mental tem sido recorrentemente pautada em discussões desse movimento, denunciando a necessidade de definição de estratégias de sensibilização de profissionais de saúde para a humanização da atenção e do acolhimento nos serviços.

e) População em situação de rua

Esse segmento populacional apresenta-se predominantemente nos grandes centros urbanos e não é quantificado pelo IBGE em função de não terem domicílio fixo. Porém, devido à relevância do problema, muitas capitais já realizaram censos próprios, que revelam a necessidade de medidas urgentes para contê-lo. Define-se como “população em situação de rua” aqueles que utilizam este espaço como lugar de trabalho e moradia, incluindo os indivíduos que vivem nas ruas ou em albergues. Embora apresente grande heterogeneidade, possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional.

A população em situação de rua está submetida a um quadro de vulnerabilidade social e, no tocante à saúde, há a dificuldade do acesso ao atendimento no SUS. Há ainda o problema da invisibilidade desse segmento junto à sociedade e, por conseguinte, aos serviços de saúde. Entre os principais problemas de saúde identificados, destacam-se distúrbios mentais, alcoolismo, drogadição, tuberculose, DST/Aids, hipertensão arterial, doenças de pele, hanseníase e desnutrição. Outros fatores que contribuem para o agravamento das condições de saúde são a ocorrência de gravidez indesejada, deficiências físicas, violência física, sexual e moral.

f) População cigana

Embora sejam precárias as informações sobre essa população, calcula-se que existam cerca de 150 mil representantes das etnias Calon e Ron, que mantêm seus costumes de nomadismo e suas tradições, e que se caracterizam por atividades itinerantes (embora existam algumas comunidades que passaram a viver de forma sedentária, porém excluídos das atividades produtivas dessas localidades). Tais características culturais produzem um distanciamento entre as normas e regras que orientam o sistema de saúde e as tradições ciganas, gerando exclusão e iniquidade em relação ao sistema de atenção e cuidado à saúde dessa população.

Não há, entre os ciganos, relação de dependência com a medicina, segundo Mônica Oliveira da Silva, em sua pesquisa *“Fronteiras Culturais e Sistema de Saúde”*, realizada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (2004 a 2006). Esse estudo talvez seja o único sobre a relação serviços de saúde e ciganos, os quais só procuram hospitais em casos de emergência. O ambiente hospitalar é visto como lugar hostil. No entanto, quando um parente está doente, parte de familiares quer estar presente, entrando em choque com as regras hospitalares. A alimentação hospitalar e técnicas de tratamento invasivas se contrapõem com questões culturais e tradicionais ciganas.

A partir da criação da Seppir, foram iniciadas ações de acolhimento às demandas específicas de comunidades tradicionais por políticas públicas. Em decorrência, o governo formalizou o Grupo Interministerial Cigano, e o MS deu início a um trabalho de definição de ações para a diminuição das iniquidades do atendimento no SUS a essa população. Algumas ações já foram desenvolvidas, como a de escutas públicas por demandas específicas em saúde.

2.3. Gestão em saúde

Importantes avanços foram alcançados na gestão do SUS, que contribuíram de forma decisiva para a melhoria das condições de saúde. Contudo, ainda persistem grandes desafios, aos quais se somam novos, inclusive aqueles inerentes às mudanças políticas, econômicas, sociais e ambientais registradas. O elenco de antigos e novos desafios pode ser sistematizado em, pelo menos, seis grandes âmbitos, os quais são a seguir destacados, embora a maioria, senão todos mantenham forte inter-relação.

2.3.1. Descentralização

Em seu processo de institucionalização, o SUS está sempre a exigir permanentes estratégias intergovernamentais de mediação e cooperação, além de um arranjo organizacional condizente com as distintas realidades e necessidades do País, o que o torna cada vez mais complexo na medida em que novas e velhas demandas vão se somando à trajetória de consecução dos seus objetivos. Os conflitos em torno da articulação entre os níveis de governo assumem, em muitos momentos, um sentido de competição e concorrência. As dificuldades de coordenar as ações de saúde diante da disputa pelos recursos e pelo comando único entre os gestores comprometem a integração e a cooperação necessárias a um funcionamento mais efetivo do Sistema.

A estruturação do SUS no Brasil tem na diretriz da descentralização um dos seus pilares fundamentais. A sua implementação vem promovendo um movimento político-institucional de redefinição de atribuições e responsabilidades entre os entes governamentais, expresso atualmente no Pacto pela Saúde, que traz grandes repercussões na gestão da política de saúde.

Apesar dos resultados obtidos, o arranjo sistêmico ainda enfrenta inúmeras dificuldades para se efetivar. Verificam-se algumas dificuldades para a consolidação e qualificação da descentralização no campo da gestão pública em

saúde, que podem ser reportadas a uma série de fatores: insuficiência de recursos para o setor; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; implementação insuficiente dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; ordenação institucional ainda compartimentalizada e fragmentada; desequilíbrio das relações de poder, fragilizando os espaços de pactuação intergestores; desarticulação das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; fragmentação dos sistemas de informação em saúde; financiamento e organização, focados na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; necessidade de adequação da gestão de políticas de saúde no âmbito regional, entre outros.

2.3.2. Recursos humanos

Entre as questões defrontadas nesse contexto, destacam-se:

⇒ a formação precária de profissionais técnicos de saúde. O setor da educação não responde sozinho pela formação técnica necessária e o mercado formador não atinge as regiões mais afastadas do País, o que requer investimentos do SUS para formar e qualificar estes trabalhadores, prioritariamente aqueles que já estão em serviço, tais como: técnico em radiologia; técnico em biodiagnóstico com habilitação em patologia clínica, citotécnico e hemoterapia; técnico em manutenção de equipamentos; técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário; técnico em prótese dentária; agente comunitário em saúde; técnico em vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária, técnico de enfermagem e cuidadores para pessoas idosas;

⇒ a carência no desenvolvimento da graduação e pós-graduação voltadas para as demandas SUS. Há a necessidade de capacitar quantitativa e qualitativamente as equipes de saúde da família para melhorar a atenção básica, bem como promover a capacitação em áreas estratégicas para o SUS;

⇒ a demanda constante de uma educação permanente dos trabalhadores do SUS, o que indica a necessidade de construção e consolidação de uma política específica que articule os gestores e as instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria constante da atenção à saúde e do SUS. Tal política possibilitaria a reflexão crítica sobre os processos de educação em saúde e a transformação dos modos de organização da atenção à saúde por meio de técnicas pedagógicas inovadoras e em larga escala, tais como: telessaúde e ensino a distância;

⇒ a existência de milhares de gestores e gerentes do SUS sem a devida capacitação e qualificação da gestão do trabalho no SUS. Tal situação requer medidas voltadas a fortalecer e ampliar o alcance dos processos formativos nesse âmbito, com a finalidade de aumentar a eficiência e eficácia do Sistema;

⇒ a necessidade de resposta às formas precárias de contratação de força de trabalho no setor saúde, com a sua forte expansão, acompanhada de um processo de diversificação das formas de contratação e de uma crescente precarização das relações e condições de atuação no setor, o que torna ainda mais complexa as relações de trabalho;

⇒ a necessidade de criar e/ou fortalecer espaço institucional para debater e pactuar conflitos das relações de trabalho, de modo a construir relações democráticas e co-responsáveis, negociando alternativas e soluções para o cotidiano do trabalho na saúde, tais como a Mesa de Negociação.

Cabe destacar que o MS tem implementado medidas voltadas à promoção e qualificação da participação social, por intermédio do apoio ao fortalecimento dos movimentos sociais que lutam por saúde. Junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Recursos Humanos reúne-se mensalmente para avaliar, discutir e propor iniciativas voltadas à superação das necessidades defrontadas. Além disso, o Ministério tem assento regular na Comissão

Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde junto ao MEC e promove a Mesa de Negociação, da qual participam representantes de conselhos profissionais e sindicatos dos trabalhadores do SUS.

2.3.3. Planejamento

Até 2006, não se dispunha de um processo integrado de planejamento capaz de apoiar os gestores na condução do SUS, embora a Lei Nº. 8.080/90 atribua à gestão federal do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito SUS” em cooperação com as demais esferas. As três esferas pautavam as suas ações principalmente no atendimento às demandas interna e externa, esta última oriunda da coordenação do correspondente sistema de planejamento que, no caso do MS, é exercida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

O Sistema Federal de Planejamento e Orçamento tem uma agenda estabelecida, mediante a qual responde também às exigências legais, entre as quais figuram a elaboração do Plano Plurianual e das propostas anuais de diretrizes orçamentárias e de orçamento. Além dessas determinações legais, o sistema requer também o acompanhamento, o monitoramento, a atualização e a avaliação das ações. Embora respondesse oportunamente às necessidades internas e externas, o sistema de planejamento no MS ressentia-se de medidas que viabilizassem o aperfeiçoamento do trabalho e que contribuíssem efetivamente para a melhoria da gestão do SUS e das ações e serviços prestados à população.

Durante praticamente dois anos, o Comitê interdisciplinar de Informações para a Saúde para o Plano Nacional de Saúde 2004-2007 – CTI/PNS/2004-2007 – trabalhou na formulação da proposta de monitoramento do Plano Nacional. A avaliação do cumprimento do Plano Nacional foi apresentada aos dirigentes do MS em outubro de 2006. Nessa avaliação, constatou-se, mais uma vez, a necessidade e importância de uma atuação sistêmica do planejamento no SUS e a importância do instrumento plano de saúde para a gestão. Como exemplo, cabe citar que o seu monitoramento permitiu adequações e ajustes, em especial em relação a metas estabelecidas, não só em termos de seu redimensionamento, mas também de inserção de outras, segundo necessidades surgidas ou de novas orientações técnicas e/ou políticas estabelecidas. Outro aspecto estratégico demonstrado na avaliação é a potencialidade desse instrumento para efetivar a integralidade de ação, ao reunir medidas de diferentes áreas na consecução de determinado objetivo, evitando-se, entre outras questões, a segmentação e a duplicação de esforços e recursos.

Além de evidenciar necessidades próprias do planejamento no SUS – e, por conseguinte, da gestão –, o acompanhamento e a avaliação do primeiro PNS possibilitaram a definição de recomendações relevantes, entre as quais destacam-se:

1. a adoção de três eixos para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas (condições de saúde da população e a organização de serviços; os determinantes e condicionantes de saúde; e a gestão em saúde, adotadas no presente Plano Nacional);
2. a definição de objetivos e diretrizes mais agregados, de modo a orientar o estabelecimento de metas de impacto e compatíveis com o período de vigência do instrumento (plurianual);
3. a proposição de metas tendo em conta os indicadores aplicáveis ao seu monitoramento, com a indicação das fontes de informação a serem utilizadas;
4. a operacionalização do Plano mediante programações anuais, orientadoras de eventuais adequações do PNS, a partir de relatórios de gestão;

5. a adoção de processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PNS, ajustável a novas realidades que, nesta concepção, deve orientar a elaboração do PPA.

Após a conclusão do PNS 2004-2007, o MS decidiu promover oficinas macrorregionais com os estados e municípios visando identificar bases de organização e funcionamento para um sistema de planejamento do SUS. Integrante do Pacto pela Saúde – item 4 do anexo da Portaria nº 399/2006 –, o Sistema de Planejamento do SUS/PlanejaSUS está regulamentado pela Portaria nº 3.085/2006 e tem expressão concreta nos instrumentos básicos, comuns às três esferas de gestão do SUS, que são: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2006a).

Essas oficinas tornaram-se estratégicas para a implementação do PlanejaSUS, tendo sido realizadas anualmente com a finalidade de avaliar o desenvolvimento deste Sistema e propor medidas de sustentação para o seu funcionamento. Entre os indicativos consensuados, destaca-se a realização de uma pesquisa para o delineamento do perfil da função do planejamento na gestão do SUS. Realizada entre 2006 e 2007, essa pesquisa mapeou a atividade de planejamento nas três esferas administrativas do SUS e teve como principal indicativo para a sua fundamentação a capacitação de pessoal em conceitos básicos específicos, de forma a permitir a qualificação do processo de elaboração dos instrumentos institucionais de planejamento e a apropriação de métodos e técnicas para uma atuação sistêmica e contínua nesta função.

A construção do PlanejaSUS vem ocorrendo em todo o País e busca conferir celeridade ao seu processo de implementação, para que alcance todos os municípios, e dotar as áreas dos recursos necessários, tanto humanos quanto de infraestrutura. Os desafios atuais são enormes ao se considerar que o PlanejaSUS busca resgatar a cultura de planejamento e, conseqüentemente, o seu papel estratégico para a gestão.

Uma questão fundamental para o planejamento e, sobretudo para a gestão, é a informação em saúde. Há no Brasil um enorme número de diversificados sistemas de informação em saúde, de grande importância para o planejamento das intervenções necessárias. No Ministério da Saúde, em particular, existem vários sistemas que foram desenvolvidos sem a necessária padronização. Nos últimos três anos, vêm sendo tomadas medidas voltadas à articulação desses sistemas, em especial aqueles de base nacional.

É oportuno registrar a criação da Rede de Informações para a Saúde – Ripsa –, formalizada em dezembro de 1996, e que reúne cerca de 40 entidades técnicas e científicas do País, envolvidas na produção e na análise de dados. A Ripsa é coordenada pela Secretaria Executiva do MS, com o apoio da Opas. Nessa área da informação, os problemas se expressam pela pulverização de produtos, serviços, dados e sistemas que, sem interconectividade, não potencializam um atendimento mais efetivo de seus demandantes. Embora se registre avanços nesse campo, o desafio é tornar a gestão da informação no âmbito do SUS uma estratégia para a tomada de decisão dos gestores, profissionais, usuários e atores do controle social. No âmbito da gestão federal, uma iniciativa relativamente recente é a criação da sala de situação em saúde.

2.3.4. Financiamento

A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes no financiamento do sistema público de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS. A implantação do SUS, no início da década de 90, ocorreu em meio a uma intensa crise econômica, com fortes reflexos sobre o padrão de financiamento do Estado.

O problema do financiamento do SUS agravou-se nos primeiros cinco anos da década de 90, principalmente em função da exclusão do financiamento setorial de recursos oriundos da contribuição sobre a folha de salário, que historicamente financiavam a atenção médica. A partir de então, começaram a surgir soluções transitórias, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que acabou como fonte substitutiva e não adicional. Concomitantemente, surgiram no Congresso Nacional projetos de emenda constitucional com o objetivo de vincular recursos para a saúde de forma mais permanente.

Somente a partir do ano 2000, quando foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, começou a haver maior estabilidade no financiamento do SUS. Uma das principais virtudes da EC 29 foi referendar a participação da União no compartilhamento do financiamento do SUS entre as instâncias de governo. Sob essa nova regra, foram estabelecidos, para a União, parâmetros mínimos para a aplicação de recursos (em 2000, orçamento empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999, mais 5%; a partir de 2001, valor executado no exercício anterior corrigido ano a ano pela variação nominal do PIB), até que Lei Complementar regulamentasse a questão (EC 29, Art. 6º). Estados, Distrito Federal e municípios, por sua vez, deveriam aplicar 12% e 15%, respectivamente.

A aplicação da EC 29, contudo, não tem sido isenta de controvérsias. Uma das mais importantes envolveu os diferentes entendimentos sobre o que pode (e o que, explicitamente, não pode) ser incluído como gasto em ações e serviços públicos de saúde, para fins de cumprimento da emenda. Essa e outras questões têm servido para a não alocação dos valores mínimos previstos. Em 2006, segundo a Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Saúde, 18 estados não cumpriram a aplicação mínima exigida. A inadimplência acarretou para o SUS uma perda da ordem de R\$ 1,8 bilhão nesse ano.

De qualquer forma, mesmo com todos os “vazamentos”, a EC 29 aumentou o volume de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde. No total das três esferas de governo, as despesas com ações e serviços públicos de saúde passaram de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,6% em 2006.

O gasto do SUS – três esferas de governo – em 2006 correspondeu a cerca de R\$ 451,00, por habitante/ano para custear o acesso universal e o atendimento integral a mais de 186 milhões de brasileiros. Excluindo-se a população que utiliza outras formas de atendimento, basicamente aquelas cobertas pelo segmento de saúde suplementar – planos e seguros de saúde –, cerca de 37 milhões em 2006, a disponibilidade per capita do SUS sobe para R\$ 562,00.

Esse descompasso entre gasto público e privado é também identificado em outras fontes de informações. De acordo com estimativas da OMS, o Brasil tem um dispêndio total – público e privado – em saúde equivalente a 7,9% do PIB (OMS, 2008). De acordo com essa fonte, o gasto privado responde por 55,9 % do gasto total e o gasto público a 44,1%. Ou seja, como parcela do PIB, o Brasil investe em saúde proporção próxima a de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico/OCDE, que possuem sistemas destinados a conferir cobertura universal, como Inglaterra e Espanha. Contudo, ao contrário desses, em que a participação das fontes públicas no gasto total é superior a 70%, segundo a OMS, no Brasil a participação das fontes públicas é significativamente menor: 44,1% da despesa total. Além disso, como o produto interno bruto per capita do Brasil é menor do que o desses países, percentuais equivalentes do PIB correspondem a gastos per capita em saúde menores (Tabela 9).

Tabela 9: Gasto total (público e privado) em saúde como percentual do PIB, gasto per-capita total em dólares internacionais (PPP int. US\$) e participação (%) do gasto público no gasto total – 2005.

Países	% do PIB	Per-capita (em PPP int. US\$)	% do Gasto Público / Gasto Total
Alemanha	10,7	3.250	76,9
Austrália	8,8	3.001	67,0
Bélgica	9,6	3.071	71,4
Brasil	7,9	755	44,1
Canadá	9,7	3.419	70,3
Espanha	8,2	2.242	71,4
Estados Unidos	15,2	6.350	45,1
Inglaterra	8,2	2.597	87,1

Fonte: WHO (*World Health Statistics*).

Em 2007, o Congresso Nacional não aprovou mais uma prorrogação da cobrança da CPMF, o que gerou uma expectativa de evasão média anual de recursos vinculados correspondente a mais de 33% do gasto federal em saúde, tendo como referência a média da participação da contribuição neste gasto entre 2004 e 2007. Levando em consideração que a média anual das despesas globais da União em saúde, segundo o Plano Plurianual 2008-2011, é de R\$ 58,0 bilhões, a necessidade média anual a ser suprida seria de R\$ 19,14 bilhões em termos de recursos legalmente garantidos, embora se tenha observado compensação de arrecadação tributária suficiente para suprir a participação dessa fonte vinculada.

No entanto, a garantia de regularidade e de expansão da participação dos gastos públicos com ações e serviços de saúde, no gasto total do setor, é fator fundamental para melhorar o desempenho do SUS. O financiamento insuficiente restringe a capacidade de organização de uma rede pública de serviços de mais fácil acesso e maior resolubilidade.

Novas bases para o financiamento federal da saúde estão condicionadas, pelo poder executivo, à regulamentação da EC 29. O substitutivo ao Projeto de Lei Complementar (PLC) N° 306/2008, renumeração dada ao PLC 121 do Senado Federal, que propunha vinculação de 10% das receitas correntes bruta da União, em tramitação no Congresso Nacional, mantém o critério de correção da participação da União pela variação nominal do PIB e institui Contribuição Social para a Saúde (CSS) como fonte vinculada para custear as ações desenvolvidas pelo SUS. Essa nova contribuição teria características semelhantes às da antiga CPMF, porém com alíquota reduzida para 0,10%, incidente sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. O PLC determina também que os 20% da arrecadação desvinculada pela DRU (desvinculação dos recursos da União) retorne integralmente ao Fundo Nacional de Saúde no mês subsequente ao do registro da desvinculação.

Além de aumentar a participação da União no financiamento do SUS, essa proposta tem em comum com o PLP 01/2003, renumerado no Senado para PLC 89/2007, a regulamentação dos diversos pontos que têm gerado controvérsias no acompanhamento do cumprimento da referida Emenda.

2.3.5. Participação social

Uma das maiores inovações introduzida pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo SUS foi a ampliação do processo de formulação e controle da

política pública de saúde, envolvendo governo e sociedade. Essa inovação cria a possibilidade e, simultaneamente, institui os mecanismos para a gestão participativa, cujo objetivo é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade às políticas e programas propostos. Os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde que, nos últimos anos, têm provocado grande transformação no processo político-institucional. O funcionamento dos Conselhos de Saúde nos municípios, nos estados e no âmbito nacional, ao determinar uma nova dinâmica de participação popular em saúde, vem implementando um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira, que é o controle social do SUS.

Tem sido crescente, em quantidade e qualidade, a participação da sociedade civil na identificação de demandas de diferentes grupos populacionais, caracterizadas pela riqueza de especificidades regionais, culturais e socioeconômicas, justificáveis num país de dimensões continentais, com diversidade de povos e culturas, e com uma socioeconomia historicamente não inclusiva. Dessa forma, a diversificação das demandas sociais e políticas vem se traduzindo na incorporação de problemas específicos e na elaboração de políticas correspondentes, de que são exemplos as populações indígena, negra e quilombola, do campo e da floresta e das águas, cigana, LGBT (lésbicas, gays, travestis e transexuais), em situação de rua, entre outras. Esse contexto representa um novo desafio, revestido de inúmeras e específicas demandas, que devem manter os princípios legais de equidade e integralidade.

A participação social tem como parâmetros objetivos a transparência da gestão, o comprometimento coletivo e a legitimidade das políticas, que devem ter como princípio e fim o bem-estar social para todos os diferentes segmentos populacionais de acordo com as necessidades de cada um. Seus parâmetros subjetivos são tão ou mais importantes, pois definem as práticas participativas e construção de consensos na organização e mobilização social, como a consciência política, a construção e apropriação de saberes, a percepção da dinâmica social, o desenvolvimento e aprimoramento da escuta, a autodeterminação, autonomia e empoderamento de povos, grupos e comunidades.

Entretanto, nesse âmbito identificam-se atualmente lacunas importantes como a baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos Conselhos e Conferências para o conjunto dos representados e a ausência de outras formas de participação, capazes de diversificar e construir novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores. Do lado da gestão executiva dos SUS, não há uma cultura de transparência na gestão pública, nem na difusão de informações. Por outro lado, a precária existência de estruturas de escuta do cidadão e dos usuários do SUS, como é o caso das Ouvidorias do SUS, ainda não informa suficientemente aos movimentos sociais organizados e seus representantes institucionais, para qualificar sua atuação no controle social.

Particularmente em relação aos Conselhos de Saúde, segundo a pesquisa sobre o seu perfil, desenvolvida pelo MS/Fundação Oswaldo Cruz-Escola Nacional de Saúde Pública e iniciada em 2004, há no País cerca de 100 mil conselheiros. Quanto aos CES, a pesquisa mostrou que os assuntos mais debatidos em 2004 foram: prestação de contas, orçamento e financiamento; políticas, planejamento e gestão em saúde; atenção à saúde; controle social; estrutura, organização e funcionamento; recursos humanos e gestão do trabalho; capacitação; acompanhamento dos conselhos municipais de saúde; e educação permanente. No tocante a infra-estrutura, dos 3.046 municípios que responderam a pesquisa até junho de 2007, 2.212 não possuem sede, 1.046 não dispõem de telefone, 1.907 não têm computador e 1.462 não acessam a internet. Em relação a recursos financeiros, 1.716 não têm receita própria e não possuem autonomia para gerenciar o orçamento.

Uma iniciativa importante para o aperfeiçoamento dos CS é o programa de inclusão digital. Dada a importância de avaliar o recebimento dos equipamentos

pelos Conselhos, foi desenvolvida pesquisa para verificar a sua utilização (instalação, funcionamento, suporte técnico ao conselho, conectividade etc.). Dos 4.348 CS que responderam a pesquisa, 937 (21,5%) não instalaram os equipamentos no espaço dos Conselhos; 418 (9,6%) informaram não dispor de apoio técnico das Secretarias de Saúde; e 3.864 (88,9%) informaram que não têm uma política de educação permanente para os CS (conforme aprovado no Conselho Nacional de Saúde).

Particularmente em relação à população indígena, a participação social ocorre em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. Essa participação ocorre especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e dos 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; de reuniões macrorregionais; das Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; do Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena; e da presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. A constituição e o funcionamento desses Conselhos têm uma dinâmica própria, atuando no sentido de controlar as políticas para que atendam às demandas e aos interesses da coletividade.

Os Conselhos Locais de Saúde são constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, caciques, xamã, especialistas tradicionais, parteiras e outros. Os representantes que fazem parte do conselho local de saúde são escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. Já os Conselhos Distritais de Saúde são instâncias de controle social, de caráter deliberativo, constituídos de acordo com a Lei nº 8.142/90. Os presidentes dos Conselhos são eleitos diretamente pelos conselheiros, que elaboram o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital. No âmbito nacional, o controle social é exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (Cisi).

3. Objetivos, diretrizes e metas

3.1. Condições de saúde da população

1º Objetivo – Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

Diretrizes

1ª. Vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos.

Nesse contexto, destacam-se inicialmente as doenças transmissíveis que serão mantidas em escala elevada importância, considerando a magnitude e o potencial de disseminação que encerram. Uma estratégia essencial para o seu enfrentamento será a combinação de medidas de prevenção e controle, de modo a integrar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, de laboratório de saúde pública e de assistência à saúde, que incluirão: a vacinação de rotina, em campanha e de bloqueio; o controle de vetores e reservatórios; o controle de alimentos; o diagnóstico e o tratamento de portadores; o saneamento; a incorporação e desenvolvimento de tecnologia em saúde; a educação; e a informação em saúde.

Particularmente no tocante às imunopreveníveis, deverão ser asseguradas as coberturas vacinais adequadas e os resultados obtidos no controle ou redução das doenças. A homogeneidade na cobertura com as vacinas constantes dos calendários de vacinação – da criança, do adolescente, do adulto e do idoso – constituirá uma questão essencial. Serão buscados avanços no controle da rubéola, mediante campanha de vacinação para adultos jovens, e a incorporação de outras vacinas no calendário infantil, ainda não ofertadas gratuitamente à população, como aquelas contra infecções pneumocócicas e meningites bacterianas. Em relação ao tétano neonatal, o objetivo será a sua eliminação, o que requererá a integração da vacinação da gestante na rede de atenção básica.

Quanto às doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência ou de redução em período ainda recente – constantes da chamada agenda inconclusa nesta área –, os esforços estarão dirigidos à superação dos fatores limitantes da ação de saúde pública destacados na análise situacional precedente, os quais dificultam o seu controle. Serão objeto de atenção especial a Aids, a malária, a dengue, a tuberculose e a hanseníase.

Ao lado da implementação de medidas de prevenção e controle de doenças transmissíveis que mantêm importante magnitude no Brasil, deverá ser ampliada a capacidade de atuação para novas situações que se apresentam sob a forma de emergência de saúde pública, incluindo o surgimento de doenças inusitadas. Nesse sentido, será dada continuidade aos esforços voltados ao fortalecimento da capacidade do País para detectar e responder prontamente aos desafios que se apresentem, mesmo antes da sua ocorrência, como a preparação para o enfrentamento, por exemplo, da febre do Nilo Ocidental, da síndrome respiratória aguda grave e da influenza, envolvendo análise acerca de grupos de risco e vulnerabilidade, fundamental à definição e implementação de estratégias a serem adotadas.

O MS continuará, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa –, a apoiar técnica e financeiramente o desenvolvimento do saneamento ambiental a partir de critérios epidemiológicos e ambientais para a prevenção e controle de doenças. Assim, deverá ser mantido vínculo estreito com as práticas médico-sanitárias da proteção à saúde, com vistas, em especial, à redução da incidência de doenças de veiculação hídrica, da malária na Amazônia Legal e da

dengue, bem como a transmissão da doença de Chagas. Especificamente quanto à malária, serão priorizados os municípios com maior número de casos absolutos, localizados nos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima.

Por outro lado, as doenças e agravos não transmissíveis – Dant –, como o câncer, as cardiovasculares, os acidentes e violências, configuram outro desafio importante, requerendo o fortalecimento de medidas estratégicas na prevenção dos fatores de risco. Entre esses, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool. A atenção básica enfatizará os grupos de risco, a partir das chamadas linhas de cuidado, integrando as medidas de proteção, vigilância e assistência, voltadas para as particularidades dos segmentos populacionais específicos ou necessidades individuais, de modo a permitir não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida.

As Dant e seus fatores de risco e proteção exigirão, ainda no contexto da atenção básica, tecnologias de organização do processo de trabalho, que favoreçam o protagonismo do setor sanitário no debate das políticas de desenvolvimento e de estruturação social. Na redução do sedentarismo, por exemplo, deverão ser analisadas as condições que facilitam ou não a eleição de um modo de viver mais ou menos ativo, e não exclusivamente a decisão individual de envolvimento em práticas corporais. Isso significará a existência de áreas públicas adequadas e seguras, a organização do espaço urbano quanto às possibilidades de deslocamento a pé e/ou em bicicletas, o clima na região, a disponibilidade de banheiros e bebedouros, com investimento em segurança pública, iluminação, entre outros aspectos. O acesso à alimentação saudável, igualmente, implicará políticas públicas integradas, desde medidas educativas, disponibilidade de merenda escolar saudável, até incentivo à produção, distribuição e comercialização de alimentos adequados, legislação oportuna quanto aos teores de sal, açúcar e gorduras nos alimentos industrializados, informações nutricionais e conteúdo das propagandas que atingem públicos específicos. Outro aspecto relevante no âmbito das Dant será a definição de protocolos clínicos que incluam terapêutica medicamentosa apropriada e procedimentos adaptados às diversas especificidades regionais.

Entre as estratégias voltadas ao cuidado integral em relação às Dant, especial atenção deverá ser dada ao monitoramento e à análise do perfil das enfermidades e de seus fatores determinantes, de modo a permitir o planejamento adequado e oportuno das medidas. Isso compreenderá o aperfeiçoamento sistemático da produção de informações envolvidas com a questão, a exemplo do inquérito domiciliar de comportamentos de risco via telefone (Vigitel).

2ª. Prevenção e controle de riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços.

Uma das linhas de atuação no tocante à vigilância sanitária – visa – consistirá no fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Nacional respectivo – SNVS –, o que requer continuidade de apoio a estados e municípios. Tal enfoque tem em conta o caráter essencial do planejamento das ações de visa para os três entes federados, de forma a integrar e otimizar os resultados das medidas e de orientar o processo de pactuação entre as esferas, visando a consolidação da descentralização neste âmbito. Alie-se a isso a organização do processo de trabalho do SNVS, mediante a revisão do marco regulatório na área e a sistematização ordenada destas normas, orientando um trabalho harmonioso dos entes do Sistema.

Outra linha de atuação estará voltada a minimizar os riscos em ambientes de circulação de viajantes na entrada e saída do País, assim como a garantir a segurança dos produtos oriundos do processo de importação – responsabilidade exclusiva da esfera federal –, com vistas a promover a segurança

sanitária e a agilidade necessária ao processo de desenvolvimento econômico nacional.

A terceira linha de atuação será o fortalecimento das ações de regulação sanitária de produtos e serviços, por meio do aprimoramento das funções destinadas ao controle dos riscos, como regulamentação, registro, inspeção, monitoramento, regulação econômica, informação e conhecimento. Na busca de mecanismos cada vez mais eficazes de identificação e avaliação de riscos sanitários, a vigilância sanitária continuará a agregar qualidade aos seus processos e aperfeiçoar a sua atuação rumo à segurança sanitária de produtos e serviços. Isso inclui o aprimoramento das iniciativas destinadas ao monitoramento dos riscos e agravos à saúde oriundos da inadequação ou não conformidade de produtos e serviços de saúde sujeitos à vigilância sanitária, o que faz com que se antecipe e adote medidas para a prevenção de surtos. Outra medida nessa direção consistirá na implantação de boas práticas regulatórias – iniciativa pioneira voltada à melhoria do processo respectivo –, que deverão proporcionar subsídios à definição de estratégias pautadas na transparência e na participação da sociedade.

Metas

1. Eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita até 2010.
2. Eliminar o tétano neonatal até 2011.
3. Manter o País livre da circulação do vírus da poliomielite, do sarampo e da febre amarela urbana.
4. Reduzir a incidência da Aids de 18,7/100 mil em 2006 para 17,3/ 100 mil até 2011.
5. Reduzir em 25% o número de óbitos por dengue, passando de 294 em 2007 para 220 até 2011.
6. Reduzir em 40% a incidência de malária, passando de 603 mil casos em 2005 para 324 mil até 2011.
7. Reduzir em 10% o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade, passando de 3.610 casos em 2006 para 3.330 até 2011.
8. Reduzir a incidência de tuberculose, passando de 80 mil casos em 2007 para 70 mil até 2011.
9. Ampliar a cobertura vacinal contra a hepatite B, com três doses, da população de um a 19 anos de idade, passando de 65% em 2007 para 95% até 2011.
10. Reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares, na faixa etária de 30 a 49 anos de idade, passando de 9% em 2007 para 8% até 2011.
11. Ampliar o número de certificações de boas práticas de fabricação (BPF) concedidas a empresas de medicamentos e insumos farmacêuticos, passando de 407 BPF em 2007 para 709 até 2011.
12. Ampliar em 44% o número de notificações de eventos adversos de medicamentos no Notivisa (Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária) passando de 2.060 em 2007 para 2.966 em 2011
13. Ampliar o número de municípios com ações estratégicas de vigilância sanitária pactuadas na CIB, passando de 1.637 em 2007 para 4.448 até 2011.

2º Objetivo – Ampliar o acesso da população aos serviços e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.

Diretrizes

3ª. Aperfeiçoamento e ampliação da atenção básica de saúde.

Para o fortalecimento da atenção básica como primeiro nível do sistema de saúde, será mantida como estratégia essencial a saúde da família, cujo desenvolvimento terá em conta, em especial, as diferenças loco-regionais. A implementação dessa estratégia compreenderá esforços voltados:

- ⇒ à ampliação do valor per capita do piso da atenção básica de saúde;
- ⇒ ao provimento de infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades básicas de saúde, dotando-as de recursos materiais e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços;
- ⇒ a promoção de acessibilidade nas unidades básicas de saúde;
- ⇒ à qualificação dos profissionais mediante processo de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- ⇒ à consolidação e qualificação da saúde da família nos pequenos e médios municípios, assim como a sua ampliação e qualificação nos grandes centros urbanos;
- ⇒ ao aprimoramento da inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação destes profissionais;
- ⇒ o apoio técnico a estados e municípios na implementação de territórios integrados de atenção à saúde – Teias –, como modelo de organização de redes de atenção; e
- ⇒ à implantação de processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Nesse esforço voltado à qualificação e ampliação da rede de serviços de atenção básica, buscar-se-á garantir também, de forma compartilhada com estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira da estratégia de saúde da família – sobretudo as equipes de saúde da família, de agentes comunitários e de saúde bucal –, assim como a sua integração aos projetos sociais do governo federal, tais como Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasoci), Agenda Social da Presidência da República, Programa Interministerial Benefício de Prestação Continuada na Escola/BPC (Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República), Pontos de Cultura, Quilombolas, Territórios de Cidadania e Centro de Referência de Assistência Social/Cras (MDS).

A atenção básica, sobretudo por intermédio da estratégia de saúde da família, constituirá o eixo articulador e mobilizador da proposta de redes de atenção. Os territórios integrados de atenção à saúde/Teias – modelo inovador na organização de redes – deverão possibilitar a integração regional da atenção básica com a assistência ambulatorial e hospitalar, bem como a articulação das políticas e estratégias estruturantes do SUS. Com isso, a proposta será incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

4ª. Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial e hospitalar especializada.

Essencialmente, nesse contexto, estará a promoção da qualidade da assistência à saúde prestada à população nos serviços de atenção especializada – ambulatorial e hospitalar –, de modo a reduzir morbimortalidade e contribuir para a maior satisfação dos usuários do SUS. Para tanto, configurarão medidas essenciais a organização e a qualificação estrutural e tecnológica da rede de atenção especializada, em todos os níveis, mediante critérios de acolhimento, vínculo, resolubilidade, integralidade e responsabilização entre gestores e usuários.

Cabe destacar a atenção especial a ser conferida à integração dos serviços de atenção especializada à rede de atenção básica, de modo a contemplar a redefinição das relações estabelecidas entre estes diferentes níveis de atenção, com reorientação dos papéis dos hospitais gerais e especializados, fortalecimento de redes assistenciais específicas e estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência.

Em síntese, configurarão estratégias essenciais a:

⇒ organização e estruturação dos serviços de assistência especializada – ambulatorial e hospitalar – na perspectiva de conformação de uma rede de atenção à saúde;

⇒ organização e estruturação de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência (Samu, unidades de pronto atendimento e de saúde da família), bem como dos serviços hospitalares de atenção às urgências;

⇒ estruturação de serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), incluindo a dispensação de órteses e próteses;

⇒ qualificação de recursos humanos em gestão de rede/unidades de assistência especializada;

⇒ implantação de práticas alternativas de atenção à saúde, incluindo a internação domiciliar;

⇒ ampliação da captação, doação e transplante de órgãos e tecidos;

⇒ ampliação do número de pacientes triados, de acordo com protocolo, quanto a doença celíaca;

⇒ atenção ao paciente crítico, incluindo a ampliação do acesso a leitos de unidade de tratamento intensivo e semi-intensivos;

⇒ estruturação de serviços especializados para conformação de redes, incluindo: atenção cardiovascular, oncológica, trauma-ortopedia, neurológica, oftalmológica, fisioterapia, queimados, genética clínica, terapia nutricional, audição, triagem neonatal, procedimentos cirúrgicos eletivos e assistência ao portador de doença renal, entre outras;

⇒ modernização da estrutura física dos laboratórios centrais e de referência em saúde pública, assim como a reestruturação e contratualização da rede hospitalar do País, envolvendo os hospitais de ensino, os hospitais filantrópicos e os hospitais de pequeno porte;

⇒ implantação e participação no custeio de complexos reguladores em municípios com mais de 100 mil habitantes para agendamento de consultas, internações e exames especializados, assim como implantação de unidades de anatomo-patologia e de biologia molecular;

⇒ informatização das unidades públicas de saúde, de forma a possibilitar a integração aos complexos reguladores; e

⇒ promoção e implantação de novas formas de gestão de hospitais públicos, que permitam a estes estabelecimentos prestar serviços adequados, oportunos, resolutivos e humanizados.

Ao lado disso, será buscada a recomposição dos valores pagos pelos procedimentos de média e alta complexidade pelo SUS e o aumento dos tetos financeiros de estados e municípios para redução de desigualdades regionais.

5ª. Implementação da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.

A assistência farmacêutica será objeto de constante aperfeiçoamento de modo a garantir o acesso da população aos medicamentos de que necessita. Inicialmente, destaca-se o esforço a ser empreendido com vistas a reduzir o gasto da população com remédios, adotando-se, para tanto, estratégias como a ampliação da participação dos medicamentos genéricos no mercado, tanto em termos do faturamento da oferta de unidades farmacêuticas, quanto de campanhas que estimulem a prescrição e a dispensação junto às farmácias, médicos e consumidores. Outra estratégia importante será a ampliação da rede própria do programa Farmácia Popular do Brasil e da expansão do programa “Aqui Tem Farmácia Popular do Brasil”, inclusive com o aumento dos tipos de medicamentos.

Alia-se a isso a disponibilidade de medicamentos fracionados nas farmácias, para o que deverá ser promovida a instituição de lei que torne obrigatório o registro destes produtos, condicione o credenciamento de estabelecimentos no programa Aqui Tem Farmácia Popular à venda de medicamentos fracionados e garanta atenção especial aos produtos fracionados nas compras públicas. Acresce-se ainda a regulamentação da dispensação de medicamentos excepcionais de alto custo.

A implantação e o funcionamento da Hemobrás deverão propiciar a produção dos fatores de coagulação VIII e IX, albumina e imunoglobulinas para o tratamento dos pacientes do SUS. Essa produção da fábrica atenderá às necessidades no Brasil de fator VIII em 40% e em 100% do fator IX, albumina e imunoglobulinas o que, além de trazer economia de divisas para o País, viabilizará a ampliação da oferta destes produtos essenciais e de alto custo para os pacientes brasileiros portadores de diversas doenças graves – como a hemofilia, Aids, câncer, doenças infecciosas, entre outras – e proporcionará o desenvolvimento tecnológico neste setor. A necessidade adicional de fator VIII poderá vir a ser coberta por meio de produto obtido por biotecnologia.

6ª. Aperfeiçoamento da assistência no âmbito da saúde suplementar.

O incentivo à qualificação do setor, especialmente da questão assistencial, configurará foco do órgão regulador, mantendo o equilíbrio entre os atores e promovendo a integração dos processos reguladores dos setores público e privado. Entre as estratégias previstas, estarão a acreditação de operadoras e prestadores para os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos, bem como o uso de protocolos clínicos, de forma a incrementar a eficiência no atendimento e o uso racional de tecnologias em saúde.

Para tanto, serão fundamentais três medidas legais capazes de assegurar esse processo: a instituição de um fundo garantidor; a portabilidade de carências; e o novo procedimento de ressarcimento ao SUS. A portabilidade conferirá ao beneficiário a possibilidade não só de mobilidade, mas também de expectativa de novas ofertas de mercado, na medida em que as operadoras poderão ampliar suas ofertas, tentando atrair aqueles beneficiários que estão associados a outros planos ou seguros. Assim, com o aumento da concorrência e a redução do preço, deverá garantir também aos beneficiários de maior risco a possibilidade de migração para outra operadora. Na estruturação de fundo garantidor, os principais alvos serão o aumento da proteção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, no caso de insolvência de operadoras, e a redução do risco ou volume da inadimplência por parte de uma operadora junto a sua rede de prestadores de serviço.

Deverão ser estabelecidas igualmente novas metodologias de ressarcimento ao SUS que elevem a operacionalidade do sistema. Buscar-se-á, com isso, aprofundar as questões de ressarcimento como mecanismo de regulação, bem como maior articulação com os gestores do SUS, a partir do planejamento conjunto da rede e das necessidades de saúde da população.

7ª. Aperfeiçoamento da atenção a segmentos populacionais vulneráveis e das intervenções específicas.

a) Segmentos populacionais vulneráveis

Especificamente no que diz respeito à saúde da criança, continuará a ser enfatizada a redução da mortalidade infantil, com destaque na região Nordeste e na Amazônia Legal. Nesse sentido, serão fortalecidas as estratégias dirigidas à proteção da saúde infantil, enfatizando-se as seguintes linhas:

⇒ incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento, cujo principal instrumento é a Caderneta de Saúde da Criança para o registro e orientações que auxiliam os pais e os profissionais de saúde nos cuidados da atenção integral, desde o nascimento até os 10 anos incompletos de idade;

⇒ atenção à saúde do recém-nascido, que tem como principais estratégias o apoio à rede norte-nordeste de saúde perinatal (Renosp), com vistas à qualidade das maternidades no atendimento aos recém-nascidos e a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Canguru), entre outras;

⇒ promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, visando o fortalecimento da política nacional respectiva, induzida pelas estratégias: rede Amamenta Brasil; Iniciativa Hospitais Amigo da Criança, Rede Brasileira de Banco de Leite Humano;

⇒ vigilância da mortalidade infantil e fetal, importante estratégia para a qualificação das informações, investigação e análise de óbitos evitáveis e a prevenção de novas ocorrências, por meio do fortalecimento dos comitês estaduais e municipais;

⇒ prevenção de violências e promoção da cultura de paz, cujo conjunto de ações visam orientar os profissionais de saúde para a prática do cuidado de crianças em situação de violência, sensibilizar os gestores para a organização da rede de serviços de atenção integral àquelas vítimas de violência e estimular o fortalecimento da rede de proteção social no território;

⇒ atendimento adequado ao binômio mãe-bebê no primeiro ano de vida, de modo a viabilizar, entre outros, a construção de padrões de relacionamento sociais compartilhados e de desenvolvimento da personalidade.

Em relação à mulher, deverão ser concentrados esforços no fortalecimento da política nacional de direitos sexuais e reprodutivos, nesta incluído o planejamento familiar – com ampliação do quantitativo de laqueaduras e a aquisição e distribuição de métodos contraceptivos –, assim como a prevenção, o aconselhamento e o tratamento de mulheres vivendo com DST/Aids, inclusive no período pré-natal e em casos de reprodução assistida, a melhoria da atenção obstétrica e o controle ao câncer ginecológico. Constituirá igualmente alvo a ampliação da rede de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Quanto aos adolescentes e jovens, serão intensificadas medidas voltadas a prover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, articulando políticas intersetoriais. Outro foco consistirá na disseminação dos serviços de atendimento a adolescentes, de ambos os sexos, vítimas e autores de violência. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, a política nacional respectiva enfatizará o acesso ao planejamento familiar, mediante ações educativas, respeito aos direitos dessa faixa etária e, em especial, inclusão de adolescentes do sexo masculino nas medidas. Uma estratégia importante para a

atenção a esse segmento será a implantação da caderneta de saúde respectiva, destinada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento juvenil e do calendário de vacinação. Em relação à atenção integral à saúde de adolescentes em privação de liberdade, deverá ser fomentado o processo de implantação e implementação de estratégias, ações e medidas intersetoriais de proteção à saúde, conforme legislação específica.

Na atenção à saúde do homem, a estratégia essencial será a implementação da política nacional respectiva, a partir de estreita articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde selecionadas. Por intermédio do lançamento da semana de promoção da saúde desse segmento, deverá ser deflagrado amplo processo de disseminação de informações à população relativas a medidas de proteção e recuperação da saúde. No tocante às iniciativas no âmbito dos serviços a serem incrementados, serão ampliados o número: de consultas para diagnóstico de patologias do trato genital masculino e de cânceres de próstata, vesícula seminal, uretra, bolsa escrotal, testículos e pênis; de ultrassonografias da próstata para prevenção de neoplasias malignas; e de cirurgias para as patologias e cânceres do trato genital masculino. Particularmente no que concerne ao planejamento familiar, buscar-se-á ampliar a quantidade de vasectomias.

Em relação aos idosos, serão implementadas medidas voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável; o estímulo às medidas intersetoriais visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o apoio à formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Além disso, a população idosa deverá dispor de caderneta, com abordagem de condições de saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos. Entre as estratégias a serem adotadas figurarão a de qualificação de cuidadores de idoso e a ampliação das consultas de especialidades, como as oftalmológicas.

No que se refere às pessoas com deficiência, as medidas estarão voltadas prioritariamente à inclusão social deste segmento populacional. Para tanto, deverão ser concentrados esforços na garantia de acesso às unidades básicas de saúde e na ação intersetorial, para que as pessoas com deficiência sejam incluídas nos programas de atenção, com vistas ao seu pleno desenvolvimento pessoal. Nesse sentido, será promovida também a ampliação do acesso aos serviços de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, às órteses e próteses. Nesse sentido, deverão ser implantadas oficinas ortopédicas, preferencialmente nas regiões Norte e Nordeste, e realizados cursos para formação de profissionais ortesistas/protesistas. Especial enfoque deverá ser dado também às pessoas com deficiência em situação de pobreza e condições de vida desfavoráveis, como as que recebem o Benefício de Prestação Continuada da Assistência (principalmente aquelas em idade escolar, de zero a 18 anos, a serem incluídas no ensino regular); as cobertas pelo Programa Bolsa Família; e as acometidas pela hanseníase. Buscar-se-á, ainda, melhorar os registros de dados sobre a atenção à saúde das pessoas com deficiência, possibilitando análise e avaliação.

A atenção à saúde dos povos indígenas será pautada nas diretrizes da política nacional respectiva, na qual estão reconhecidas as especificidades étnicas e culturais desta população, na conformidade dos ditames constitucionais e legais. O modelo de atenção continuará a ser implementado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, envolvendo também a continuidade das medidas no âmbito do saneamento ambiental, tais como aquelas voltadas à preservação das fontes de água limpa; construção de poços ou captação a distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; o controle de poluição de nascentes e cursos d'água; e controle de insetos e roedores.

No tocante ao atendimento adequado e resolutivo à saúde da população penitenciária, deverá ser incrementada a implantação das equipes de saúde do sistema penitenciário. Tal incremento será baseado na qualificação das Unidades Federadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e à ampliação da cobertura da atenção básica nas penitenciárias em cada Estado. A qualificação da atuação dessas equipes, por intermédio de educação permanente, deverá contribuir para a qualidade de vida das pessoas presas e para a redução da incidência de patologias, como a tuberculose e as DST/HIV/Aids.

b) Intervenções específicas

Saúde bucal

Com o objetivo de dar prosseguimento aos esforços voltados à superação das desigualdades trazidas por uma lógica tradicionalmente hegemônica da assistência, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente continuará a ser implementada em conformidade a seus pressupostos. Assim, o diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. O tratamento priorizará procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os níveis. Já a reabilitação consistirá na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas resultantes da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e profissional.

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á:

⇒ a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e de controle do câncer bucal;

⇒ a implantação e o aumento da capacidade resolutiva do pronto-atendimento nas unidades básicas de saúde, avaliando-se a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e orientando o usuário para retorno ao serviço e a continuidade do tratamento;

⇒ a ampliação da oferta dos serviços de urgência em saúde bucal, colaborando para a redução de desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos neste âmbito;

⇒ a disponibilização de procedimentos mais complexos no âmbito da atenção básica, considerando-se a possibilidade de inserção, em cada local, de procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal, não cirúrgico. Esses procedimentos contribuirão para ampliar a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico, aumentando o impacto e cobertura, bem como o estreitamento do vínculo entre o serviço e o usuário.

Buscando ampliar o acesso e superar o mencionado modelo biomédico de atenção às doenças, serão adotadas duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas existentes: por linhas de cuidado e por condição de vida. Nesse sentido, haverá continuidade das linhas de ação do Brasil Sorridente, a saber: (i) a reorganização da atenção básica em saúde bucal (especialmente por meio da estratégia saúde da família); (ii) a ampliação e qualificação da atenção especializada (mediante, principalmente, a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias); e (iii) a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Para obtenção de maior resolubilidade na rede de serviços públicos odontológicos, buscar-se-á também:

⇒ a qualificação, mediante processo de educação permanente e de oferta de cursos de especialização, dos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das especialidades nos Centros de Especialidades Odontológicas;

⇒ a qualificação dos profissionais responsáveis pela confecção das próteses nos laboratórios regionais de prótese dentária;

⇒ a estruturação de serviços de reabilitação para deformações buco-maxilo-faciais, com vistas inclusive ao credenciamento de hospitais especializados e a disponibilização de próteses buco-maxilo-faciais, destinadas a pessoas com malformações ou mutilações na face causadas por acidentes ou doenças como câncer, leishmaniose e hanseníase, bem como portadores de distúrbios de desenvolvimento da maxila e mandíbula;

⇒ a ampliação na oferta de cursos formadores de atendentes e técnicos em saúde bucal nas regiões em que esta formação encontra-se deficitária; e

⇒ a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional voltada à construção de série histórica de dados de saúde bucal, visando verificar tendências, planejar e avaliar serviços, com vistas à mudança do perfil epidemiológico da população neste âmbito.

b.2. Saúde mental

Os esforços continuarão concentrados na consolidação do modelo de atenção integral em saúde mental, de base comunitária e territorial, conforme preconizado pela política nacional adotada. Para tanto, a garantia da acessibilidade constituirá questão essencial, que deverá ser enfrentada, sobretudo, com a ampliação e qualificação das ações de saúde mental na atenção básica, para a abordagem das situações neste âmbito. Além disso, buscar-se-á ampliar e qualificar os leitos em hospitais gerais para a atenção em saúde mental, assim como garantir uma rede extra-hospitalar efetiva, com a melhoria da articulação urgência-emergência e da regulação de leitos específicos.

Outra medida consistirá na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – Caps – em municípios com baixa cobertura assistencial e o fomento à expansão dos Caps álcool e drogas, dos Caps para a infância e dos Caps III (24 horas) nas grandes cidades. Acresce-se ainda a aceleração da desinstitucionalização de pacientes longamente internados.

b.3. Alimentação e nutrição

Na conformidade da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – Pnan –, serão mantidos os esforços voltados à promoção da alimentação saudável, ao controle da obesidade, à regulamentação de alimentos infantis e de produtos industrializados, iniciativas que se inserem no contexto da promoção da saúde. Serão também foco de atenção o acompanhamento das condicionalidades inerentes ao Programa Bolsa Família (como assistência pré-natal, peso e altura das crianças); as medidas específicas para o atendimento das populações da região do semi-árido e dos territórios da cidadania; e aquelas definidas no Programa Saúde na Escola, importantes para a promoção da alimentação saudável junto ao público infanto-juvenil.

A vigilância alimentar e nutricional norteará as intervenções coletivas de alimentação e nutrição na atenção básica, devendo ser ampliada a prevenção e o controle das carências nutricionais específicas, como as deficiências de ferro e de vitamina A. Nesse sentido, será criada uma comissão interinstitucional para monitoramento das medidas de fortificação de farinhas de trigo e milho e seus subprodutos. Deverão ser mantidas aquelas voltadas a evitar a reincidência da

deficiência de iodo e implementadas as relativas ao monitoramento da iodação do sal destinado ao consumo humano. A expansão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan –, de modo a abranger todos os municípios, constituirá estratégia importante, sobretudo na avaliação de consumo alimentar.

Considerando a complexidade dos problemas alimentares que demandam à rede de atenção básica, buscar-se-á organizar e desenvolver as diretrizes estabelecidas na Pnan, com vistas a ampliar a capacidade resolutiva neste nível da atenção. Isso implicará avaliação das situações de risco nutricional – como a obesidade e a desnutrição –, garantia do adequado aconselhamento alimentar e nutricional e desenvolvimento de ações que estimulem a adoção de práticas alimentares saudáveis. Uma das questões essenciais nesse particular consistirá na inserção do componente de alimentação e nutrição nas atividades realizadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Metas
14. Ampliar o número de equipes de saúde da família, passando de 27 mil equipes em 2007 para 40 mil até 2011.
15. Ampliar a cobertura populacional da estratégia de saúde da família nos municípios com mais de 100 mil habitantes, passando de 34% em 2007 para 37% até 2011.
16. Ampliar o número de agentes comunitários de saúde, passando de 225 mil agentes em 2007 para 240 mil até 2011.
17. Ampliar o número de equipes de saúde bucal, passando de 16.500 equipes em 2007 para 24 mil até 2011.
18. Implantar 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), até 2011.
19. Promover a atenção integral à saúde de 26 milhões de escolares matriculados em escolas públicas, a partir do Programa Saúde na Escola (PSE) até 2011.
20. Implantar em 250 municípios do Nordeste e da Amazônia Legal a política "Brasileirinhos Saudáveis" até 2011.
21. Ampliar a cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, passando de 4,9% em 2007 para 10% até 2011.
22. Apoiar tecnicamente serviços de humanização do SUS, passando de 80 serviços apoiados em 2007 para 240 até 2011.
23. Implantar 500 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) até 2011.
24. Ampliar o número de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), passando a cobertura de 50% (2007) para 100 % até 2010.
25. Estruturar as 27 redes estaduais de urgência e emergência até 2011.
26. Ampliar o número de transplantes realizados, passando de 11.180 em 2007 para 15.800 até 2011.
27. Organizar e implementar a rede de serviços de terapia renal substitutiva em 366 unidades do SUS, passando de 569 unidades em 2007 para 935 até 2011.
28. Organizar e implementar a rede de serviços traumato-ortopedia em 186 unidades do SUS, passando de 82 unidades para 268 até 2011.
29. Habilitar 6.370 novos leitos para terapia intensiva e semi-intensiva, passando de 12.167 leitos SUS em 2007 para 18.537 até 2011.
30. Implantar a rede nacional de alerta e respostas às emergências em saúde (Rede Cievs), com 55 unidades estaduais e em capitais, uma unidade de referência nacional e uma unidade para atendimento ao Mercosul, até 2011.
31. Credenciar 17 mil farmácias populares até 2011.
32. Ampliar o número de farmácias da rede própria do programa Farmácia Popular do Brasil, passando de 300 farmácias em 2007 para 600 farmácias até 2011.
33. Ampliar o número de medicamentos do programa Aqui Tem Farmácia Popular,

- passando de 9 em 2007 para 16 até 2010, com a inclusão da insulina regular, dois medicamentos para asma e dois para osteoporose.
34. Ampliar o número de medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais de medicamentos, a partir de parcerias de desenvolvimento produtivo, passando a contar com 35 novos medicamentos até 2011.
 35. Tornar disponíveis 540.000.000 UI/ano de fator VIII para atendimento aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias.
 36. Implantar testes de biologia molecular para detecção de HIV e HCV em 100% das bolsas de sangue coletadas na hemorrede nacional, até 2011.
 37. Fomentar a realização de 10 testes de equivalência e bioequivalência por ano, por intermédio da Reqbio (Rede Brasileira de Centros Públicos de Equivalência Farmacêutica e Bioequivalência), até 2011.
 38. Atender a 60% da demanda por vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) via produtores públicos até 2011.
 39. Reduzir a mortalidade neonatal, passando de 13,2/mil em 2007 para 11,9/mil até 2011.
 40. Reduzir a mortalidade infantil de 19,3/mil em 2007 para 16,1/mil até 2011.
 41. Reduzir a mortalidade infantil em indígenas, passando de 48/mil em 2007 para 39/mil até 2011.
 42. Aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, passando de 40% em 2007 para 50% até 2011.
 43. Reduzir a desnutrição energético-proteica (déficit ponderal) entre crianças menores de cinco anos de idade, passando de 5,8% em 2007 para 4,0% até 2011.
 44. Manter a eliminação dos distúrbios por deficiência de iodo (DDI) em todo território nacional (< 5% da população).
 45. Reduzir a anemia ferropriva em mulheres em idade fértil de 29% para 24% e em crianças menores de dois anos de idade de 24% para 19%.
 46. Ampliar o número de consultas para a prevenção e/ou diagnóstico de patologias do trato genital masculino e de cânceres de próstata, vesícula seminal, uretra, bolsa escrotal, testículos e pênis, passando de 121.400 consultas em 2007 para 252 mil até 2011.
 47. Vacinar contra a gripe, anualmente, 80% da população com 60 anos ou mais de idade.
 48. Capacitar 65.800 pessoas como cuidadores de idosos até 2011.
 49. Implantar 500 equipes de internação domiciliar até 2011.
 50. Implantar oito Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) até 2011.
 51. Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), passando de 550 centros em 2007 para 950 até 2011.
 52. Implantar cinco centros de reabilitação de deformidades crânio-faciais até 2011.
 53. Ampliar o número de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), passando de 1.411 Centros em 2007 para 1.841 até 2011.
 54. Ampliar o número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, passando de 150 Centros em 2007 para 290 até 2011.
 55. Aumentar em 15% ao ano o número de notificações dos agravos relativos à saúde do trabalhador, passando de 36.536 em 2007, para 42.016 em 2011.

3.2. Determinantes e condicionantes de saúde

3º Objetivo – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população.

Diretrizes

8ª. Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde.

A operacionalização dessa diretriz será baseada na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS –, que deverá conferir a necessária capilaridade das iniciativas no âmbito do SUS e possibilitar o protagonismo da saúde no diálogo com os demais setores de políticas públicas. Para tanto, uma estratégia essencial será a integração da PNPS às práticas cotidianas dos serviços da saúde, a sua melhor compreensão por parte dos trabalhadores e dos gestores do setor e o seu financiamento sustentável nas três esferas de gestão.

Nesse sentido, a promoção da saúde no SUS deverá constituir-se prática de articulação de redes de co-responsabilidade e co-gestão na redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população, mediante a difusão e incorporação no sistema de saúde de seus conceitos estruturantes. Para a promoção da qualidade de vida, a produção da saúde terá como princípios fundamentais: a busca da equidade; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; a adoção de práticas horizontais de gestão; o incentivo à produção de conhecimento em promoção da saúde no cenário brasileiro; e a divulgação das iniciativas bem sucedidas aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Nessa direção, deverão ser consideradas como estratégias fundamentais:

⇒ a gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis. Para tanto, uma iniciativa fundamental consistirá na articulação –, por intermédio da Câmara de Políticas Sociais, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República –, dos programas governamentais, mediante o aproveitamento de sinergias e complementaridades essenciais para a melhoria das condições de vida da população, com vistas à inserção da saúde como uma política de governo com o desenvolvimento econômico e social;

⇒ o reforço aos processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras;

⇒ o desenvolvimento de medidas que enfatizem a promoção da alimentação saudável e das práticas corporais/atividade física, o controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas e por acidentes de trânsito, a prevenção das violências, a construção da cultura da paz e do desenvolvimento sustentável. Entre as medidas mencionadas, destacam-se a criação de dia nacional de mobilização pela promoção da saúde e qualidade de vida, com campanhas de comunicação e produção de material educativo; a regulamentação de produtos industrializados, em especial quanto ao teor do sal e de gordura, e de alimentos infantis; a promoção de legislação que amplie a proibição do consumo de tabaco em locais públicos e a venda de bebidas alcoólicas nas estradas e postos de gasolina; e a regulamentação da propaganda de bebidas alcoólicas;

⇒ a promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase na abordagem das escolas, comunidades e locais de trabalho.

Entre as estratégias a serem desenvolvidas no período, deverão figurar aquelas compreendidas no contexto da educação em saúde, da redução das iniquidades – sobretudo em relação a populações nesta situação –, e do saneamento

e saúde ambiental. A definição de políticas, além da intersetorialidade, deverá incorporar a equidade e utilizar métodos quantitativos e qualitativos, desde o planejamento até a avaliação, bem como inserir dados que garantam o olhar específico nos sistemas de informação e estatísticas oficiais. Considerando que os estudos existentes sobre iniquidades em saúde no Brasil ainda são escassos e anunciam grandes desafios, buscar-se-á aprofundar tanto pesquisas sobre determinantes associados às questões sociais, políticas e econômicas, quanto sobre o estado de saúde e nutricional, bem como o acesso a intervenções médico-sanitárias.

No conjunto das medidas, estarão a continuidade e fortalecimento da educação em saúde, em especial nas escolas, que configuram espaço com grande potencialidade para a difusão de informações que gerem atitudes nos alunos e famílias, voltadas para a promoção da saúde e, por conseguinte, para a qualidade de vida, sobretudo na efetivação da cidadania. Nesse sentido, deverá ser consolidada a articulação com o Ministério da Educação, envolvendo as instituições de saúde e de educação dos estados e municípios. Essa iniciativa visará também fortalecer e beneficiar professores, gestores da rede pública de ensino e promover atuação coordenada entre os dois setores para a produção de saúde.

Igualmente importante será a educação em saúde nos serviços. Tal iniciativa tem em conta, em especial, que as práticas educativas constituem importante instrumento para a promoção e a autonomia dos usuários dos serviços e o cuidado à saúde, realizadas de forma individual ou em grupo, por profissionais de saúde – enfermeiros, assistentes sociais ou outros –, devidamente instrumentalizados para tal.

As práticas educativas, de caráter participativo, buscarão estimular a valorização dos saberes, socializar convívios e disseminar informações sobre saúde, qualidade de vida e direitos. Os conteúdos de saúde dessas práticas guardarão relação com as expectativas e demandas dos participantes. Todos os grupos populacionais deverão ser contemplados nas práticas educativas, as quais serão assumidas como promotoras da autonomia dos sujeitos e da cidadania.

Particularmente no tocante à promoção da equidade em saúde, o Ministério da Saúde continuará a enfatizar a importância da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Uma prioridade será a redução contínua das iniquidades, em especial as concernentes a gênero, etnias, classes sociais, situação de moradia, entre outros determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, articulará diferentes segmentos do governo e entidades da sociedade civil com vistas à criação e implementação de políticas de promoção da equidade. Entre os desafios a serem enfrentados, estarão:

⇒ a atenção integral à saúde de diferentes grupos sociais, como as populações negra e quilombola, do campo e da floresta e das águas, em situação de rua, cigana, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, entre outras;

⇒ a criação de espaços de discussão e de fomento ao enfrentamento das iniquidades em saúde nos níveis loco-regionais;

⇒ a sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde.

Nessa perspectiva, terá continuidade a operacionalização da Política de Saúde Integral da População Negra, com a criação de comitês respectivos. Deverão ser pactuadas e operacionalizadas a política da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) e a política de saúde da população do campo e da floresta – que inclui a de remanescentes de quilombos –, voltada a atender, prioritariamente, aos territórios de cidadania definidos pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário. Será mantida também a interlocução com outros segmentos populacionais que vivem em condições de iniquidade em saúde, visando a incorporação de suas especificidades e demandas, como é o caso das populações ciganas e em situação de rua.

No âmbito do saneamento, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa –, deverá ser mantido o apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento do saneamento ambiental em municípios de até 50 mil habitantes, com implantação de rede de distribuição de água; solução adequada de esgotamento sanitário e oferta de coleta de resíduos sólidos urbanos. As medidas de saneamento continuarão concentradas: em áreas de relevante interesse epidemiológico (malária, doença de chagas, esquistossomose, tracoma, febre tifóide, dengue e hepatite A); no atendimento da população indígena e da população remanescente de quilombos; em municípios com potenciais riscos à saúde devido a fatores sanitários e ambientais; e em municípios com as maiores taxas de mortalidade infantil. No tocante ao saneamento rural, destacam-se as ações voltadas ao atendimento das populações dispersas ou localidades de até 2.500 habitantes. Serão cobertos também os assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, ribeirinhos e as escolas públicas rurais.

De outra parte, a estruturação da vigilância em saúde ambiental será essencial para o fortalecimento da gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e para o êxito das intervenções de promoção da saúde voltadas à construção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida. No que se refere aos fatores de riscos ambientais, deverá contribuir significativamente para reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos à saúde, mediante a intensificação de medidas de caráter individual e coletiva, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos. O aprimoramento do Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental permitirá o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde humana oriundos dos ambientes de trabalho, da contaminação de solo, da água para consumo humano, do ar e daqueles decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

9ª. Implementação da ciência, tecnologia e inovação no complexo da saúde.

No conjunto das iniciativas a serem adotadas, destaca-se inicialmente a implementação de programa nacional para produção estratégica do complexo industrial da saúde, objetivando o atendimento das necessidades da saúde, articulando o fomento à inovação e a política de compras governamentais, mediante parcerias de desenvolvimento produtivo que prevêem acordos entre o Ministério da Saúde e os laboratórios públicos e estes e os laboratórios privados que se responsabilizam pela transferência de tecnologia.

A implementação do referido programa estará baseada no recente conjunto de medidas normativas adotadas, que instituem diretrizes para a aquisição pública de medicamentos e fármacos pelo SUS. Nesse contexto, estão estabelecidas as condições para a celebração de acordos para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde, com vistas à: integração da cadeia produtiva dos fármacos e medicamentos; melhoria da qualidade dos insumos e produtos; redução dos custos efetivos com o conseqüente fortalecimento da base produtiva local; e melhoria do acesso da população aos medicamentos. Destaque-se que as condições necessárias para o acordo envolvem alguns requisitos, entre os quais: a produção do insumo farmacêutico ativo no Brasil; a transferência de tecnologia para o produtor público; a integração do produto na lista daqueles estratégicos para o SUS (definidos em portaria ministerial); e a prática de preço inferior ao atualmente praticado. No conjunto dos benefícios trazidos por esses acordos, estão o fortalecimento dos laboratórios públicos; a economia em compras de medicamentos pelo MS; o fortalecimento da indústria farmacêutica brasileira; e a redução do déficit na balança comercial.

Outra iniciativa fundamental será o fomento a redes tecnológicas voltadas à regulação e à qualidade dos produtos de saúde, incluindo laboratórios de testes e certificação destes produtos, bem como a projetos envolvendo questões presentes nas fronteiras do País.

Nesse contexto ainda, constituirão foco de atenção: (i) o investimento nos produtores públicos de vacinas, visando o atendimento das necessidades do PNI e dotando o Brasil de capacitação tecnológica e competitiva em novos imunobiológicos; (ii) o investimento em produtores públicos de medicamentos; (iii) o fomento à capacidade produtiva e de inovação nas indústrias privadas nacionais de medicamentos, equipamentos e materiais, em parceria com o BNDES e a Finep; (iv) a regulamentação e adequação da legislação de compras, para permitir o uso estratégico do poder de aquisição do Estado para produtos inovadores de alta essencialidade para a saúde, bem como o aperfeiçoamento da política tributária e tarifária para garantir a competitividade da produção local; (v) a implantação do centro de desenvolvimento tecnológico em saúde na Fiocruz, provendo o País de uma plataforma de serviços tecnológicos em saúde, capaz de atender à demanda das instituições científicas e tecnológicas e das empresas; (vi) a promoção e modernização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para garantir a qualidade e a eficiência do processo de produção e de inovação nacional, assegurando a harmonização regulatória em relação às importações, consoante à garantia da qualidade e da segurança dos produtos em saúde.

Metas
<p>56. Reduzir a taxa de prevalência de fumantes nas capitais, passando de 16,2% em 2006 para 12,2% até 2011.</p> <p>57. Implantar projetos de atividades físicas em 1.000 municípios (incluindo todas as capitais) até 2011.</p> <p>58. Reduzir a prevalência de obesidade na população adulta, passando de 14,3% em 2007 para 13,8% até 2011.</p> <p>59. Ampliar a taxa de vigilância da qualidade da água para consumo humano nos municípios com mais de 100 mil habitantes, passando de 20% em 2007 para 60% até 2011.</p>

3.3. Gestão em saúde

4º Objetivo – Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população.

Diretrizes

10ª. Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS.

Para a implementação dessa diretriz, deverão ser concentrados esforços no atendimento das necessidades identificadas e na introdução de inovações que permitam o alcance do objetivo estabelecido para a gestão em saúde. No período, serão enfatizadas as medidas indicadas no âmbito da gestão descentralizada; de recursos humanos; do planejamento e da informação em saúde; do financiamento; do investimento e infraestrutura; da gestão participativa; e da cooperação internacional.

a) Gestão descentralizada

As iniciativas voltadas ao aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão descentralizada manterão o foco nos princípios doutrinários e organizativos que caracterizam o SUS, na perspectiva de implementação do Pacto pela Saúde. O eixo estruturante será a regionalização, por meio da qual as diretrizes operacionais para os processos de gestão deverão ser discutidas, pactuadas e implementadas, promovendo o avanço necessário à descentralização a partir da cooperação, responsabilização e da autonomia dos entes federados.

No campo da gestão descentralizada e da relação intergestores, manter-se-á o relacionamento baseado em compromissos mútuos e co-responsabilidade com resultados assistenciais e sanitários. Nesse sentido, o Ministério da Saúde fortalecerá o seu papel de formulação de políticas e cooperação técnica e financeira – considerando a heterogeneidade política, social e cultural de estados e municípios –, como base para a efetivação do processo de co-gestão essencial à efetividade do SUS, calcado na prática do co-financiamento tripartite.

Assim, avançar no processo de descentralização, à luz das diretrizes atualmente instituídas, implicará: a qualificação e fortalecimento dos espaços de negociação e pactuação intergestores; a promoção de estratégias e ferramentas que contribuam para a qualificação da gestão do SUS; a implementação e qualificação da política de regionalização, tendo como instrumentos estratégicos a constituição dos Colegiados de Gestão Regional e a sua interface com a organização de redes de atenção; o aprimoramento do processo de negociação entre os gestores do SUS, vinculando os processos e instrumentos de pactuação aos de planejamento, de modo a contribuir na consolidação do SUS como uma política de Estado.

Outra iniciativa importante na qualificação da gestão descentralizada consistirá na implantação de mecanismos de valorização de resultados, a partir do estabelecimento de contratos de desempenho com os estados, baseados nos blocos de financiamento (atenção básica, alta e média complexidade, gestão, vigilância em saúde e assistência farmacêutica).

Por outro lado, o MS concentrará esforços na melhoria e qualificação da administração dos hospitais públicos federais, viabilizando plena eficiência e eficácia na prestação da assistência à saúde.

b) Recursos humanos

No tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde, deverão ser adotadas as seguintes estratégias:

⇒ promoção do acesso das equipes de saúde da família, em localidades remotas e periferias urbanas, ao Telessaúde, visando a educação permanente dos profissionais e o apoio remoto às ações de diagnóstico e tratamento, permitindo maior resolubilidade e qualidade no atendimento;

⇒ qualificação e adequação da formação profissional em saúde com a colaboração equipes de saúde da família selecionadas, com foco não apenas na cura de doenças já estabelecidas, mas na promoção e proteção da saúde, utilizando ambientes comunitários e de centros de saúde mais que hospitais complexos. Isso se dará mediante estímulo financeiro – concessão de bolsas –, para que equipes de saúde da família, com o apoio de docentes, assumam papel destacado no ensino de novos profissionais;

⇒ promoção de especialização dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família por meio da universidade aberta de educação permanente em saúde;

⇒ promoção de especialização dos profissionais de nível superior da atenção básica, média e alta complexidade e vigilância, em saúde do trabalhador, utilizando-se da estratégia de ensino a distância;

⇒ capacitação profissional de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde;

⇒ implementação do programa nacional de qualificação de gestores e gerentes do SUS;

⇒ integração com o Ministério da Defesa com vistas a suprir a deficiência de médicos, odontólogos e profissionais de saúde em áreas pouco desenvolvidas do País e visando garantir capacidade de resposta rápida e eficiente às emergências;

⇒ transformação do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença e com ênfase nas necessidades do SUS (Prosaúde);

⇒ promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional; fortalecendo o processo de negociação nas relações de trabalho, buscando a regulação das profissões, incentivando o trabalho em equipe, para a efetivação da atuação solidária, a humanização e a qualidade destes trabalhadores;

⇒ estabelecimento, com os profissionais de saúde, de diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de trabalho, do combate à precarização do trabalho e de sua qualificação permanente;

⇒ recomposição, mediante concursos, da força de trabalho da saúde na esfera federal, com criação de carreiras específicas para o Ministério da Saúde;

⇒ criação da Escola de Governo em Saúde, sediada no DF.

c) Planejamento

O grande desafio continuará a ser o resgate e a consolidação da cultura de planejamento. Para tanto, buscar-se-á imprimir celeridade ao processo de operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – e dotar as áreas dos recursos necessários, tanto humanos quanto de infra-estrutura, de modo a contribuir para a qualidade da gestão do SUS. No tocante à implementação do PlanejaSUS em todo o País, as medidas visarão a:

⇒ incorporação, por parte dos gestores do SUS, do planejamento como instrumento efetivo e estratégico para a gestão;

⇒ mobilização da academia, das associações e de organismos internacionais para a consolidação desse Sistema;

⇒ disponibilidade de estrutura e infra-estrutura para o desenvolvimento das atividades de planejamento nas três esferas de gestão do SUS;

⇒ formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS no âmbito federal e o apoio a estados e municípios na formulação destes instrumentos.

Para tanto, o Ministério da Saúde adotará duas estratégias básicas: a primeira consistirá na construção do PlanejaSUS internamente e, a outra, no apoio às demais esferas de gestão para a implementação deste Sistema em seus respectivos âmbitos. Na consecução dessas estratégias, buscará fortalecer e consolidar a parceria com a Opas/OMS, sobretudo junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Essa primeira estratégia compreenderá o desenvolvimento do processo de formulação do Plano Nacional de Saúde, das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios Anuais de Gestão. Paralelamente, apoiará os seus órgãos e entidades na formulação, monitoramento e avaliação de seus instrumentos específicos, mediante a identificação e a oferta de metodologias e processos adequados às suas especificidades e necessidades. Deverá, igualmente, promover o aprimoramento sistemático da Sala de Situação de Saúde, provendo os gestores de informações adequadas e oportunas à tomada de decisão. Um dos mecanismos para tal será o funcionamento pleno do seu Comitê, integrado por representantes das unidades do MS.

Na segunda estratégia de apoio aos estados e municípios, promoverá a atualização contínua de profissionais envolvidos na função planejamento. Ao lado disso, prestará cooperação técnica e financeira para que operacionalizem os seus processos de trabalho, quer na formulação, acompanhamento e avaliação dos seus Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, quer na operacionalização do PlanejaSUS em seus respectivos âmbitos.

Um dos desafios a serem enfrentados no período será o estímulo e a participação na construção da Política Nacional de Informação para a saúde, abrangendo a multiplicidade de aspectos envolvidos neste âmbito. Entre esses, destaca-se a questão da transversalidade da informação em saúde e o seu caráter estruturante que exigirão a definição de diretrizes voltadas, por exemplo: à qualificação dos dados, à preservação, à segurança, o amplo acesso aos conteúdos e produtos de interesse do setor e o intercâmbio local, nacional, regional e internacional, com destaque para a cooperação com a Opas/OMS e com os organismos e instituições que compõem a Ripsa.

d) Financiamento

Com relação ao financiamento, os esforços estarão voltados à busca da regularidade e da expansão do fluxo de recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde, providência fundamental para aprimorar o desempenho do SUS. Nesse sentido, a intensificação da politização da questão do financiamento será fundamental para viabilizar a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, em tramitação no Congresso Nacional, tendo como referencial mais expressivo a definição de produtos e serviços de saúde e a vinculação à estrutura tributária de competência da União, conforme determina o Projeto de Lei 121, em tramitação no Senado Federal. Esse direcionamento conferirá a devida equidade na distribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo com relação ao financiamento.

Por outro lado, especial atenção deverá ser dada à qualidade do gasto em saúde, por meio do aprimoramento da gestão. Nesse sentido, a atuação sistêmica em planejamento, respaldada por instrumentos referenciados na realidade local, deverá conferir eficiência à aplicação dos valores disponíveis. Dessa forma, a definição e ampliação de fontes federais de recursos potencializadas pela qualificação da gestão,

em relação à aplicação sistematizada de recursos, constituirão os principais focos da agenda do poder executivo em relação ao financiamento do SUS.

e) Investimento e infraestrutura

Uma das medidas essenciais nesse contexto será a qualificação e ampliação da rede de serviços de atenção básica, garantindo, em parceria com estados e municípios, a expansão e a sustentabilidade financeira para a estratégia de saúde da família, viabilizando o atendimento da população usuária do SUS de forma integrada aos projetos sociais do governo federal. Essencialmente, deverão ser beneficiadas as regiões metropolitanas e áreas desprovidas de assistência, assim consideradas as cidades com menos de uma unidade de saúde para cada 20 mil habitantes. Serão fornecidas também infraestrutura para a implantação e funcionamento de equipes de internação domiciliar.

Outra medida importante consistirá na conclusão das obras inacabadas e construção, ampliação, reforma e equipagem de unidades de saúde que atendam a critérios de eficiência e racionalidade, reduzindo as desigualdades locais e regionais, bem como no fortalecimento da rede de hospitais de ensino.

f) Gestão participativa

Nesse âmbito, as medidas deverão ser orientadas pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS –, cujos componentes são: auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, participação popular e fortalecimento do controle social. Com a implementação da ParticipaSUS, terão continuidade os esforços voltados a consolidação desta Política, na qual a gestão federal tem como função catalisar demandas e iniciativas desenvolvidas pelos diversos sujeitos sociais, políticos e econômicos, mediante a articulação de um conjunto de instituições e representantes de segmentos envolvidos nas ações de saúde.

No elenco das iniciativas essenciais, além das instâncias já institucionalizadas, estará o desenvolvimento de outras formas de participação nos campos da co-gestão, da gestão colegiada, entre outras. Nessa perspectiva, deverá ser promovida a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde e desenvolvidos processos que permitam estimular a incorporação das práticas de gestão participativa nas políticas, programas, projetos, serviços, unidades, sistemas, órgãos e entidades do MS, do SUS como um todo e da sociedade civil. A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições, como estratégia de fortalecimento dos métodos e práticas assumidas. Da mesma forma, serão difundidos à população, por intermédio de diferentes meios de comunicação, conteúdos informativos sobre o SUS e seus mecanismos de gestão.

Uma das estratégias essenciais nesse contexto será a busca do aprimoramento das instâncias e processos de participação e interlocução dos usuários e da sociedade civil com os trabalhadores e gestores do SUS, de que são exemplos: comitês, grupos ou instâncias de consulta a grupos específicos, consultas públicas, mesas de negociação, conselhos de gestão participativa ou conselhos locais, entre outras práticas de gestão, voltadas ao compartilhamento e envolvimento dos atores nos processos de tomada de decisões. Igualmente importante será a implementação de medidas no âmbito do monitoramento e da avaliação da gestão do SUS, envolvendo a construção de processos e de instrumentos específicos, de modo a contribuir para a efetividade das ações de saúde.

Outra iniciativa relevante na qualificação da gestão consistirá na implementação, incremento e aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Auditoria – SNA – nas três esferas de governo, do processo de trabalho deste Sistema, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria do SUS. O desafio será consolidar as

parcerias desenvolvidas até então, evoluir no desenvolvimento de medidas integradas com os componentes estaduais e municipais de auditoria e contribuir para a efetivação de uma nova política de gestão estratégica e participativa do SUS, que envolverá um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão, visando maior eficácia, eficiência e efetividade. Um mecanismo importante consistirá na disponibilidade de lei de responsabilidade social/sanitária, cuja aprovação requererá esforços contínuos junto ao Congresso Nacional.

11ª. Ampliação e fortalecimento da participação e do controle social.

Uma estratégia importante para a operacionalização dessa diretriz será a mobilização da sociedade para a discussão e retomada da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na ativação da consciência sanitária, do direito à saúde e em defesa do SUS. Entre as iniciativas para tal, estará o provimento de infraestrutura adequada aos Conselhos, assim como de formação, comunicação e informação em relação a sua organização, funcionamento e gestão. Nesse sentido, será mantido o apoio à implementação do Programa de Inclusão Digital – envolvendo compra de equipamentos, conectividade e formação de conselheiros –, destinado a possibilitar aos conselheiros de saúde a apropriação de informações e a aquisição de habilidades neste contexto, indispensáveis ao exercício do controle social.

Terão continuidade também estratégias complementares, tais como: capacitação e educação permanente para conselheiros; criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre Conselhos de Saúde; divulgação de iniciativas inovadoras e experiências bem sucedidas; e monitoramento da ação e funcionamento dos Conselhos, garantido pelo sistema de informação do controle social. Por outro lado, a consolidação do SUS como política de efetiva universalização dos direitos de cidadania exigirá, no estágio atual, o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e a busca de novos canais de escuta da população.

A educação permanente para os conselheiros atuantes nas instâncias de controle social continuará a ser executada mediante processos pedagógicos para o desenvolvimento dos sujeitos sociais, o direito à saúde, os princípios e diretrizes do SUS e a cidadania. Por isso, com desenvolvimento orientado pelo MS e executados por meio de parcerias com as SES, núcleos universitários e Escolas de Saúde Coletiva, tais processos deverão estar apoiados em metodologias participativas e na problematização do cotidiano, como forma de valorizar saberes e identificar as demandas.

Outra iniciativa importante no aperfeiçoamento da participação social consistirá na identificação e pactuação de metodologias e operacionalização das Conferências de Saúde, de forma a permitir a apropriação oportuna pelos gestores das deliberações e proposições delas oriundas. Serão estimulados igualmente novos mecanismos que viabilizem ampliar o acesso da população na condução e avaliação do SUS. Nesse aspecto, deverá ser estabelecida a política nacional de ouvidoria em saúde e criadas estruturas descentralizadas deste mecanismo de escuta em saúde.

12ª. Fortalecimento da cooperação internacional.

No âmbito internacional, o MS envidará esforços para fortalecer a presença do Brasil nos fóruns mundiais e regionais, estreitando, para tanto, a articulação com o Ministério das Relações Exteriores. Buscará também ampliar a presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas, como da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, entre outros, assim como cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul – em especial com o Mercosul – e da América Central, com a comunidade dos países de língua portuguesa da África e com outros países deste continente.

Assim, entre as iniciativas a serem empreendidas, estarão:

⇒ o fortalecimento da integração da América do Sul, em especial a partir do programa de saúde para a fronteira, principalmente mediante a melhoria dos serviços de saúde dos municípios fronteiriços, do apoio à constituição da rede pan-amazônica de ciência, tecnologia e inovação;

⇒ o apoio a institutos nacionais e escolas de saúde pública, bem como escolas técnicas;

⇒ a cooperação técnica para o tratamento e reabilitação de vítimas de minas terrestres, notadamente em Angola, e para a produção de interferon pegulado com o governo cubano;

⇒ a implantação de fábrica de antiretrovirais em Moçambique;

⇒ o apoio à formação em larga escala de técnicos da área da saúde em países da CPLP, a partir da experiência brasileira com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, assim como à formação docente de profissionais para o desenvolvimento de cursos descentralizados de qualificação na área de auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde;

⇒ a instalação de escritório da Fundação Oswaldo Cruz junto à União Africana.

Metas

60. Promover a especialização de 52.000 profissionais de nível superior das equipes de saúde da família, por intermédio da universidade aberta de educação permanente em saúde, do Telessaúde e programas de especialização e residências até 2011.

61. Capacitar 260.000 técnicos nas áreas de: radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia; manutenção de equipamentos, higiene dental/auxiliar de consultório dentário, prótese dentária, agente comunitário de saúde (formação inicial), vigilância em saúde, enfermagem e cuidadores para pessoas idosas até 2011.

62. Qualificar 110 mil profissionais que exercem função de gestão ou gerência nas esferas federal, estadual e municipal do SUS até 2011.

63. Implantar ouvidorias nas 27 UF, em 26 capitais e em 140 municípios até 2011.

64. Formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes sociais da saúde e o direito à saúde até 2011.

65. Promover a formação de 100 mil conselheiros para o controle social até 2011.

66. Ampliar o número de Colegiados de Gestão Regional intra-estaduais implantados, passando de 304 Colegiados em 2007 para 453 até 2011.

67. Implantar conselhos de gestão participativa em 10 estados até 2011.

68. Promover a criação e o funcionamento de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist) nos Conselhos de Saúde de todos os municípios brasileiros, iniciando com a meta de implantação em 25% dos municípios no primeiro ano e aumentos anuais de 25%.

69. Promover a elaboração e aprovação do Plano de Saúde junto aos Conselhos Municipais de Saúde em 100 % dos municípios até 2011.

70. Promover a formulação e definição da política nacional de informação em saúde até 2011.

71. Expandir o Cartão Nacional de Saúde (CNS), unificando nacionalmente as diversas bases existentes até 2011.

4 Operacionalização

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, este PNS será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, na conformidade das diretrizes preconizadas.

Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos –, a perspectiva é de que as ações empreendidas, na sua maioria, respondam anualmente por, pelo menos, 25% de cada uma das metas constantes do PNS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro trimestre, relativa ao ano anterior, de forma a possibilitar a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Portaria nº. 3.176/2009. Em outras palavras, isso significa que o Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano Nacional de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

Isso posto, cabe concluir que o processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos globais. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de direção.

No que tange a sua atuação estratégica, o Ministério da Saúde concentrará esforços na articulação dos determinantes da saúde da população brasileira com o conjunto de providências e medidas possíveis dentro da governabilidade setorial, tendo como foco essencial o homem comum, a partir da mobilização do Estado e da sociedade. Tais esforços têm em conta que políticas de desenvolvimento voltadas à redução da desigualdade social, da opressão, da discriminação e da marginalização são fundamentais no processo de melhoria das condições de saúde. Será buscado, enfim, o reconhecimento da saúde, por parte da sociedade, com um bem e um projeto social.

Assim, o MS retomará os conceitos da reforma sanitária brasileira, que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da sua capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença, de cujo processo os sujeitos serão os usuários e os profissionais de saúde. Um grande esforço será, assim, empreendido para que a saúde seja apropriada por outros setores. Nesse contexto, estará também a mobilização dos governos para, consoante a sua capacidade e compromisso, o desenvolvimento de políticas que permitam o aperfeiçoamento e a qualificação do SUS como uma política de Estado. Esse é um desafio que será enfrentado, buscando, por exemplo, a qualidade da atenção, inovações na gestão e melhoria do gasto, dando continuidade ao processo de redução das desigualdades regionais.

Particularmente no âmbito do SUS, o MS buscará implementar medidas voltadas ao aperfeiçoamento setorial, orientadas pelas grandes transformações ocorridas no processo do trabalho em saúde nas últimas décadas, com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica, resultante da profunda mudança do padrão demográfico, do perfil de morbimortalidade, do crescimento da violência e de seu impacto na sociedade e no trabalho médico; do intensivo processo de incorporação tecnológica; na ampliação do conhecimento da população sobre temas médicos e de saúde – facilitada sobretudo pela internet –; da influência da mídia; e das estratégias mercadológicas da indústria.

Transversalidade, intersetorialidade, comunicação e informação serão aspectos centrais a serem trabalhados e incorporados nas medidas dirigidas ao

referido aperfeiçoamento setorial, as quais deverão possibilitar a mudança do enfoque de saúde e a atenção médica, a partir da identificação das necessidades, sejam relativas a profissionais de saúde, sejam relativas à capacidade instalada ou tecnológica. Esses serão focos da ação do MS no enfrentamento dessa nova realidade, que exige novos modos de organizar o cuidado e a atenção. Entre os problemas a serem enfrentados, estarão os serviços com gestão deficiente que, não raro, são de alto custo e baixo retorno para a sociedade; a cultura do consumismo de tecnologias; e a ideologia da alta complexidade como solução para a redução do sofrimento humano, gerando gastos desnecessários e iatrogenia, visto que as instituições de saúde também podem ser produtoras de doença, de discriminação e de sofrimento.

A gestão federal do SUS buscará mobilizar o Governo, o Congresso Nacional e a sociedade para que a saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais. Ao lado disso, promoverá o estabelecimento de novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais constituirão mecanismos importantes para tanto.

5 Referências

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, New York, v. 99, n. 1, p. 87-93. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR/9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BARRETO, M. L.; GENSER, B.; STRINA, A.; TEIXEIRA, M. G.; ASSIS, A. M.; REGO, R. F.; TELES, C. A.; PRADO, M. S.; MATOS, S. M.; SANTOS, D. N.; CAIRNCROSS, L. A. SANTOS, E. S. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. **Lancet**, London, v. 370, n. 9599, p. 1622-1628, 2007.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu-MG – Brasil, de 20- 24 de setembro de 2004. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_471.pdf>. Acesso em: dez/2007.

BEZERRA Filho, J. G.; KERR, L. R.; MINA, D. L.; BARRETO, M. L. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, 2007.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Infant mortality from preventable causes in Brazil: an ecological study in 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 447-455. 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1652**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Brasília, DF: CFM, 2002.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Seção 1, p. 4.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 junho 1998. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Atuação do setor saúde em saneamento**. Brasília, DF: Funasa, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate – N. 9**). Brasília, DF: MDS, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema de Informações Penitenciárias - INFOPEN**. Disponível em: <<https://infopen.mj.gov.br/infopenGestao/indexLogin.jsp>>. Acesso em: dez/2007.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Boletim Epidemiológico da Previdência Social**. Brasília, DF: MPS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: jun/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Datasus. **Sistema de Informações Hospitalares – SIH**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/miuf.def>>. Acesso em: jun/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Datasus. **Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM-CGIAE/Dasis/SVS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: jun/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica - DAB. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: jun/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Discurso de posse do Ministro de Estado da Saúde, em 19 de março de 2007**. Brasília, DF: MS, 2007. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **IDB 2007 Brasil - Indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, DF: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006**. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006. Relatório final**. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 março 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.229, de 24 de maio de 2007. Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2007. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006a. Seção 1, p. 608.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do Relatório Anual de Gestão. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008. Seção 1, p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2002. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.227, de 14 de outubro de 2004. Dispõe e sobre a constituição do Comitê Técnico Saúde da População GLTB. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2004a. Seção 2, p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, DF: MS, jul. 2009. Versão revisada. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BA07528E1-7FB7-4CC7-97AD-B7CB17C9CA85%7D/%7BF693EC95-C83F-4CD5-866F-73F44C43FDC5%7D/plano_feminizacao_revisado_\(em PDF\)](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BA07528E1-7FB7-4CC7-97AD-B7CB17C9CA85%7D/%7BF693EC95-C83F-4CD5-866F-73F44C43FDC5%7D/plano_feminizacao_revisado_(em%20PDF).).

Brasil, Ministério da Saúde. **Manual do Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático prevenção de violência e cultura de paz II**. Brasília, DF: MS, 2008. (Painel de indicadores do SUS, n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2007. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças Crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais – RAIS**. Brasília, DF: MTE, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo**. Brasília, DF: SEDH, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sicorde - Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência**. Brasília, DF: SEDH, 2002.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País – 2005. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade: 9ª Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

COMISSÃO Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Apresentação à 1ª Reunião da CNDSS, em Brasília, 15 de março de 2006. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pps/apresentacoes/Buss%20CNDSS_15%20mar.pps#256,1>. Acesso em: jun/2008.

EATON, W. W.; MARTINS, S. S.; NESTADT, G.; BIENVENU, O. J.; CLARKE, D.; ALEXANDRE, P. The burden of mental disorders. **Epidemiologic Reviews**, Baltimore, v. 30, p. 1-14, 2008.

FACCHINI, R. **Mulheres, homossexualidades e saúde: visibilizando demandas e caminhos**. Disponível em: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/Art_ReginaFacchini.pdf>. Acesso em: dez/2006.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817-27, 2003.

GIACOMIN, K.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 80-91, 2005.

HENRIQUES, 2003 *apud* OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, N. D. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. In: LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção e equidade**. Brasília, DF: Funasa, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo agropecuário, 2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad, 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad, 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad, 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População rural brasileira, 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise, 2007**. Brasília, DF: Ipea, 2008.

KEARNEY, P. M.; WHELTON, M.; REYNOLDS, K.; MUNTNER, P.; WHELTON, P. K.; HE, J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. **Lancet**, London, v. 365, n. 9455, p. 217-23, 2005.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R. Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. [published erratum appears in *Lancet* v. 361, p. 1060, 2003]. **Lancet**, London, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 217-228, 2004.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 60, n. 1, p. 13-19. 2006.

MAGALHÃES, M. O. C.; PEIXOTO, J. M. S.; FRANK, M. H.; GOMES, I.; RODRIGUES, B. M.; MENEZES, C. C. et al. Fatores de risco para demência em uma área rural do nordeste do Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 157-162, 2008.

MARINHO DE SOUZA, M. F.; MACINKO, J.; ALENCAR, A. P.; MALTA, D. C.; MORAIS, N. O. L. Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. **Health Affairs**, Millwood VA, v. 2, p. 575-584, 2007.

MARINOVICH et al. In: PEREZ, M. A. G. **O trabalho doente entre assentados rurais**. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. p. 59.

MATIJASEVICH, A.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J.; SANTOS, I. S.; MARCO, P. L.; ALBERNAZ, E. P.; BARROS, F. C. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. **American Journal of Public Health**, New York, v. 98, n. 4, p. 692-668. 2008.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. A.; KONNO, S. C.; FELDENHEIMER, A. C.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D.; JAMISON, D. T. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 72, p. 495-509, 1994.

OLIVEIRA, F. **Saúde da mulher negra**. In: Oficinas mulher negra e saúde: manual. Belo Horizonte: Mazza, 1998.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório das Nações Unidas sobre os centros urbanos no mundo**. Brasília, DF: ONU, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório anual de 2008**. Brasília, DF: OMS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001** – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS, 2001.

PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação (mestrado) - Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PNUD et al. **Política nacional de saúde da população negra**: uma questão de equidade. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília, DF: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 2 ago. 2007.

RAMOS, S. Violência e homossexualidade no Brasil: as políticas públicas e o movimento homossexual. In: GROSSI, M. P. et al (Org.). **Movimentos sociais, educação e sexualidade.**, Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres lésbicas:** promoção da equidade e da integralidade – Dossiê. Belo Horizonte: Redesaúde, 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Solta a voz:** saúde e riscos em escolares. Rio de Janeiro: SES, 2002.

SILVA, M. O. **Fronteiras culturais e sistema de saúde 2004-2006.** Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre, [2007?].

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM), PROGRAMA DE PESQUISAS DE DEMOGRAFIA E SAÚDE (DHS) MACRO INTERNATIONAL INC. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996.** Rio de Janeiro, RJ: BEMFAM, 1997.

SOUZA. C. V. **Mulher negra e miomas:** uma incursão na área da saúde, raça/etnia. 1995. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Childhood pesticide poisoning.** Nairobi: UNEP, 2004a. Disponível em: <<http://www.who.int/ceh/publications/pestipoison/en/>>. Acesso em: jun/2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fact sheets – Air pollution.** Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/inffs/en/fact187.html>>. Acesso em: jul. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004> – Acesso em: 27/06/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence.** Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Water, sanitation, and hygiene links to health.** Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004> Acesso em: 27 jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2008.** Geneva: WHO, 2008.

6 Anexo

**Painel de Indicadores
PNS 2008-2011**

1º Recorte: condições de saúde da população

Objetivo 1: *Prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população.*

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
1. Incidência de rubéola.	Número absoluto de casos novos confirmados de rubéola (código B06 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de rubéola confirmados em residentes.	- Unidade geográfica - Faixa etária - Sexo	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanas e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
2. Incidência de síndrome de rubéola congênita.	Número absoluto de casos novos confirmados de síndrome da rubéola congênita – SRC (código P35.0 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de síndrome de rubéola congênita confirmados em residentes.	- Unidade gGeográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
3. Incidência de tétano neonatal.	Número absoluto de casos novos confirmados de tétano no período neonatal (até 28 dias após o nascimento - código A33 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de tétano neonatal confirmados em residentes.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanais e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
4. Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade.	Total de casos de PFA notificados em menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos notificados de PFA em menores de 15 anos de idade residentes por (dividido) total de população menor de 15 anos de idade, multiplicado por 100 mil.	- Unidade geográfica - Faixa etária	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Área Técnica de PFA - base de dados PESS (<i>Poliomyelitis Eradication Surveillance System</i>) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
5. Incidência de sarampo.	Número absoluto de casos novos confirmados de sarampo (código B05 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de sarampo confirmados em residentes.	- Unidade geográfica - Faixa etária	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanais e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
6. Incidência de febre amarela.	Número absoluto de casos novos confirmados de febre amarela (código A95 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de febre amarela confirmados em residentes.	- Forma de transmissão: urbana ou silvestre - Unidade geográfica - Sexo - Faixa etária	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanais e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
7. Taxa de incidência de Aids.	Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids – código B20-B24 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos novos de Aids em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.	- Unidade geográfica - Sexo	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa de DST/Aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e base de dados demográficos do IBGE.
8. Taxa de mortalidade por dengue.	Proporção de óbitos por dengue na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos confirmados por dengue, em residentes por (dividido) número de casos confirmados de dengue em residentes no período determinado, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Forma da doença: dengue clássica, febre hemorrágica - Faixa etária - Sexo	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
9. Índice parasitário anual (IPA) da malária.	Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B53 da CID-10), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de exames positivos de malária por (dividido) população total residente no período determinado.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Malária (Sismal) - até 2002; Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica-Malária (Sivep-Malária) e bases de dados demográficos do IBGE.
10. Taxa de detecção de hanseníase.	Número de casos novos diagnosticados de hanseníase, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos confirmados de hanseníase em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 10 mil.	- Unidade geográfica - Faixa etária	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e base demográfica do IBGE.
11. Taxa de incidência de tuberculose.	Número de casos novos confirmados de tuberculose, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.	- Unidade geográfica - Faixa etária - Sexo	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
12. Cobertura vacinal.	Percentual de crianças e jovens vacinados com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças e jovens com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina por (dividido) número de crianças e jovens na idade alvo, multiplicado por 100.	- Tipo de vacina; - Esquema completo: Hepatite B → 3 doses - Faixa etária	Ministério da Saúde/SVS/Devep/CGPNI Sistema de Informações do PNI (SI-PNI); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e base demográfica do IBGE.
13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório por (dividido) população total residente ajustada ao meio do ano, multiplicado por 100 mil.	- Unidade geográfica - Faixa etária - Sexo - Grupos de causas (doença isquêmica do coração; doença cerebrovascular; demais causas);	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.
14. Índice de concessão de certificações de boas práticas de fabricação a empresas de medicamentos e insumos farmacêuticos.	Percentual de certificações de boas práticas de fabricação (BPF) concedidas a empresas de medicamentos e insumos farmacêuticos pela Anvisa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de certificações de BPF concedidas a empresas de medicamentos e insumos farmacêuticos por (dividido) número pretendido de concessão de certificações BPF a empresas de medicamentos e insumos farmacêuticos, para o período considerado, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Agência Nacional de Vigilância Sanitária: base de dados do Sistema de Produtos e Serviços sob Vigilância Sanitária (Datavisa).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
15. Taxa de notificação de eventos adversos de medicamentos.	Percentual de notificação de eventos adversos de medicamentos registrado no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de notificações de eventos adversos de medicamentos, registrado no Notivisa por (dividido) número total de notificações registradas no Notivisa, no período considerado, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Agência Nacional de Vigilância Sanitária: base de dados do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).
16. Taxa de pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.	Percentual de municípios com ações estratégicas de vigilância sanitária pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no ano considerado.	Número de municípios com ações estratégicas de vigilância sanitária pactuadas na CIB por (dividido) número pretendido de municípios com ações estratégicas de vigilância sanitária pactuadas na CIB, para o período considerado, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Agência Nacional de Vigilância Sanitária: base de dados do Sistema de Produtos e Serviços sob Vigilância Sanitária (Datavisa).

1º Recorte: condições de saúde da população

Objetivo 2

Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
1. Cobertura das equipes de saúde da família.	Percentual da população residente atendida pelas equipes de saúde da família em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida pelas equipes de saúde da família por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Básica (DAB) e base demográfica do IBGE.
2. Cobertura das equipes de agentes comunitários.	Percentual da população residente atendida por de agentes comunitários de saúde em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida por de agentes comunitários de saúde por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.
3. Cobertura das equipes de saúde bucal.	Percentual da população residente atendida pelas equipes de saúde bucal em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida pelas equipes de saúde da bucal por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.
4. Cobertura dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).	Percentual da população residente atendida pelos Nasf em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida pelos Nasf por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
5. Cobertura do programa Saúde na Escola.	Percentual de escolas públicas cobertas com iniciativas do programa Saúde na Escola, em determinado espaço geográfico no ano considerado.	Número de escolas cobertas com iniciativas do programa Saúde na Escola por (dividido) número total de escolas públicas, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dape) e base cadastral do Ministério da Educação.
6. Índice de implantação da política "Brasileirinhos Saudáveis".	Percentual de municípios com iniciativas da política "Brasileirinhos Saudáveis" implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de municípios com iniciativas da política "Brasileirinhos Saudáveis" implantadas por (dividido) número pretendido de municípios com iniciativas desta política implantadas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Dape e base demográfica do IBGE.
7. Cobertura populacional do Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan web)	Percentual da população residente acompanhada no Sisvan web.	População residente acompanhada no Sisvan Web por (dividido) população total residente, multiplicado por 100	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.
8. Cobertura da Política Nacional de Humanização (PNH).	Número de serviços do SUS apoiados pela PNH em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de serviços do SUS apoiados pela PNH por (dividido) número pretendido de serviços do SUS apoiados pela PNH para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-Cnes (a partir de 2005) e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
9. Índice de implantação de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA).	Percentual de UPA implantadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de UPA implantadas por (dividido) número pretendido de UPA implantadas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade Geográfica;	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Especializada (DAE) e base demográfica do IBGE.
10. Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).	Percentual da população residente atendida pelo Samu em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida pelo Samu por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.
11. Índice de estruturação de redes de urgência e emergência.	Percentual de redes de urgência e emergência estruturadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de redes de urgência e emergência estruturadas por (dividido) número pretendido de redes de urgência e emergência para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.
12. Índice de realização de transplantes.	Percentual de transplantes realizados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de transplantes realizados por (dividido) número pretendido de transplantes para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE – Sistema Nacional de Transplante (SNT) e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
13. Índice de implantação de unidades da rede de terapia renal substitutiva.	Percentual de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede de terapia renal substitutiva em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede de terapia renal substitutiva por (dividido) número pretendido de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede de terapia renal substitutiva para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.
14. Índice de implantação de unidades da rede de traumato-ortopedia.	Percentual de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede traumato-ortopedia em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede de traumato-ortopedia por (dividido) número pretendido de unidades implantadas, reestruturadas, habilitadas e/ou qualificadas da rede de traumato-ortopedia para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
15. Índice de habilitação de leitos hospitalares (SUS) para terapia intensiva e semi-intensiva.	Percentual de leitos hospitalares (SUS) para terapia intensiva e semi-intensiva conveniados ou contratados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de novos leitos para terapia intensiva e semi-intensiva conveniados ou contratados por (dividido) número pretendido de leitos para terapia intensiva e semi-intensiva conveniados ou contratados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Esfera administrativa - Tipo (terapia intensiva e terapia semi-intensiva)	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (até 2003), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- Cnes (partir de 2005) e base demográfica do IBGE.
16. Índice de implantação da Rede Cievs.	Percentual de unidades da Rede Cievs implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades da Rede Cievs implantadas por (dividido) número pretendido de unidades da Rede Cievs para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.
17. Índice credenciamento de farmácias populares.	Percentual de farmácias populares credenciadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de farmácias populares credenciadas por (dividido) número de farmácias populares credenciadas pretendidas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE): Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
18. Índice de implantação de farmácias da rede própria do programa Farmácia Popular do Brasil.	Percentual de farmácias populares da rede própria implantadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de farmácias populares da rede própria implantadas por (dividido) número de farmácias populares da rede própria pretendidas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE): Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.
19. Índice de abrangência do programa Farmácia Popular do Brasil.	Percentual de medicamentos integrantes do programa Farmácia Popular do Brasil, no ano considerado.	Número de medicamentos integrantes do programa Farmácia Popular do Brasil por (dividido) número de medicamentos pretendidos para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE): Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.
20. Índice de produção de unidades farmacêuticas dos laboratórios oficiais.	Percentual de unidades farmacêuticas produzidas pelos laboratórios oficiais no ano considerado.	Número de unidades farmacêuticas produzidas pelos laboratórios oficiais no ano considerado por (dividido) número de unidades farmacêuticas pretendidas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE): Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.
21. Índice de disponibilização de UI de fator VIII.	Percentual de UI de fator VIII disponibilizadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de UI de fator VIII disponibilizadas por (dividido) número pretendido de UI de fator VIII disponíveis para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Segmentos populacionais específicos: portadores de coagulopatias hereditárias	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE: Boletim Nacional de Movimentação de Medicamentos (Boname) e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
22. Índice de implantação de testes de biologia molecular para HIV e HCV.	Percentual de unidades da hemorrede nacional que disponibilizam testes de biologia molecular para HIV e HCV, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de unidades da Hemorrede que disponibilizam testes de biologia molecular para HIV e HCV por (dividido) número pretendido de unidades da Hemorrede que disponibilizam testes de biologia molecular para HIV e HCV, para o período, multiplicado por 100.	- Unidade Geográfica;	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Especializada (DAE) e base demográfica do IBGE.
23. Índice de realização de testes de equivalência e bioequivalência pela Reqbio.	Percentual de testes de equivalência e bioequivalência realizados por intermédio da Reqbio, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de testes de equivalência e bioequivalência realizados por intermédio da Reqbio por (dividido) número pretendido de testes de equivalência e bioequivalência realizados por intermédio da Reqbio, para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.
24. Índice de atendimento a demanda por vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) por produtores públicos.	Percentual de vacinas do PNI produzido por produtores públicos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de doses de vacinas produzidas por produtores públicos dividido multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde/SVS/Devep/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
25. Taxa de mortalidade neonatal precoce.	Número de óbitos em nascidos vivos de zero a seis dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<p><u>Direto</u>: número de óbitos de residentes de zero a seis dias de vida por (dividido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000.</p> <p><u>Indireto</u>: aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de zero a seis dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada).</p>	- Unidade geográfica	<p><u>Direto</u>: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.</p> <p><u>Indireto</u>: IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (Copis). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005.</p>
26. Taxa de mortalidade neonatal tardia.	Número de óbitos em nascidos vivos de sete a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<p><u>Direto</u>: número de óbitos de residentes de sete a 27 dias de vida por (divido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000.</p> <p><u>Indireto</u>: aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos (tardia) informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada).</p>	- Unidade geográfica	<p><u>Direto</u>: Ministério da Saúde: SIM e Sinasc – para o cálculo direto.</p> <p><u>Indireto</u>: IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (Copis). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005.</p>

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
28. Taxa de mortalidade infantil indígena.	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população indígena residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade por (dividido) número de nascidos vivos de mães residentes.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde (Funasa): Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).
29. Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo.	Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada por (dividido) número total de crianças residentes na idade, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Faixa etária (30 dias, 120 dias e 180 dias)	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Estudos amostrais. Inquérito realizado nas capitais brasileiras.
30. Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco (05) anos de idade.	Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de cinco anos de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade por (dividido) número total de crianças residentes, nesta faixa etária, multiplicado por 100. * Mediana do peso para a idade adotada pela OMS (2005).	- Unidade geográfica - Situação da residência - Sexo - Raça/cor.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): base de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
31. Incidência de bócio.	Número absoluto de casos novos confirmados de bócio, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos de bócio confirmados em residentes.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan) e base demográfica do IBGE.
32. Prevalência de anemia ferropriva.	Percentual de indivíduos com valores de hemoglobina sérica menores do que os valores de referência para cada faixa etária (abaixo de 11g/dL para crianças menores de 6 a 59 meses de idade e abaixo de 12g/dL para mulheres em idade fértil) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças de seis a 59 meses anos de idade com níveis de hemoglobina abaixo de 11g/dL por (dividido) número de crianças menores de cinco anos de idade multiplicado por 100 Número de mulheres entre 15 e 49 anos com valores de hemoglobina abaixo de 12 g/dL por (dividido) número de mulheres entre 15 e 49 anos multiplicado por 100	- Unidade geográfica - Situação da residência - Sexo - Raça/cor	Ministério da Saúde/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS).

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
33. Proporção de consultas para diagnóstico de patologias do trato genital masculino.	Percentual de consultas, para diagnóstico de patologias do trato genital masculino, realizadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de número de consultas realizadas para prevenção e/ou diagnóstico de patologias do trato genital masculino e de cânceres de próstata, vesícula seminal, uretra, bolsa escrotal, testículos e pênis por (dividido) número pretendido de consultas para o período para prevenção e/ou diagnóstico de patologias do trato genital masculino e de cânceres de próstata, vesícula seminal, uretra, bolsa escrotal, testículos e pênis, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Tipo de patologia	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
34. Cobertura vacinal contra gripe.	Percentual de maiores de 60 anos de idade imunizados contra gripe, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de maiores de 60 anos de idade vacinados contra gripe por (dividido) número de maiores de 60 anos de idade, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde/SVS/Devep/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE.
35. Índice de capacitação de cuidadores de idosos.	Percentual de pessoas capacitadas como cuidadores de idosos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas capacitadas como cuidadores de idosos por (dividido) número pretendido de pessoas capacitadas como cuidadores de idosos para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: SAS/DAE e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
36. Índice de implantação das equipes de internação domiciliar.	Percentual de equipes de internação domiciliar implantadas em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de equipes de internação domiciliar implantadas por (dividido) Número pretendido de equipes de internação domiciliar implantadas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SAS/DAE e base demográfica do IBGE.
37. Índice de implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).	Percentual de Cacon implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Cacon implantados por (dividido) número pretendido de Cacon para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SAS/Instituto Nacional do Câncer (Inca).
38. Índice implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).	Percentual de CEO implantados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de CEO implantados por (dividido) número pretendido de CEO implantados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Tipo (CEO tipo I, tipo II ou tipo III);	Ministério da Saúde. SAS/DAB e base demográfica do IBGE.
39. Índice implantação de centros de reabilitação de deformidades crânio-faciais até 2011.	Percentual de Centros de reabilitação de deformidades crânio-faciais implantados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de centros de reabilitação de deformidades crânio-faciais implantados por (dividido) número pretendido de centros de reabilitação de deformidades crânio-faciais implantados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SAS/DAB e base demográfica do IBGE.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
40. Índice de implantação de Centros de Atenção Psicossocial. (CAP)	Percentual de CAP implantados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de: (Caps I x 0,5) + (número de Cap II) + (número de Cap III x 1,5) + (número de CapSi) + (número de CAPSad) por (dividido) população total residente multiplicado 100 mil.	- Unidade geográfica - Tipo (Cap tipo I, tipo II e tipo III)	Ministério da Saúde. SAS/Dape. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- Cnes (partir de 2005) e base demográfica do IBGE.
41. Índice de implantação de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest).	Percentual de Cerest implantados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Cerest implantados por (dividido) número pretendido de Cerest para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. SAS/Dape.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
42. Índice de notificação dos agravos à saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/2004.	Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes da Portaria GM/MS Nº. 777/2004.	Número absoluto de notificações realizadas, relativas aos 11 agravos constantes da Portaria nº 777/2004.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Sinan-NET e ST – Datasus.
43. Índice de implantação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.	Percentual de ampliação da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.	Número de unidades sentinelas em determinado ano por (dividido) número de unidades sentinelas no ano anterior multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Ministério da Saúde - Sinan-NET.

2º Recorte: determinantes e condicionantes de saúde.

Objetivo 3

Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
1. Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros.	Percentual de fumantes regulares de cigarros, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que fuma atualmente e já fumaram pelo menos 100 cigarros na vida por (dividido) número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Sexo - Escolaridade ((ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo)	Ministério da Saúde. SVS/Inca: inquérito domiciliar de comportamentos de risco de morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis.
2. Índice de implantação das ações de atividades físicas - Projeto Pratique Saúde.	Percentual de municípios com ações de atividades físicas -Projeto Pratique Saúde - implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de municípios com ações de atividades físicas implantadas por (dividido) número pretendido de municípios com ações de atividades físicas implantadas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Promoção da Saúde.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
3. Taxa de prevalência de excesso de peso.	Percentual de indivíduos com índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m ² , na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade por (dividido) número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes, multiplicado por 100. *Excluídas mulheres grávidas, no numerador e denominador.	- Unidade geográfica - Sexo - Faixa etária - Cortes: excesso de peso (≥ 25 kg/ m ²) e obesidade (≥ 30 kg/ m ²)	Ministério da Saúde. SAS/ DAB (Sisvan web) e base demográfica do IBGE
4. Taxa de vigilância da qualidade da água para consumo humano.	Percentual de municípios com população acima de 100 mil habitantes que realizam análises mensais de cloro, turbidez e coliformes totais em amostras de água.	Número de municípios com população acima de 100 mil habitantes que realizam análises mensais de cloro, turbidez e coliformes totais em amostras de água por (dividido) número de municípios com população acima de 100 mil habitantes, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde. SVS: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)
Indicadores				

3º Recorte: Gestão em saúde

Objetivo 4

Fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
1. Cobertura dos programas de especialização para equipes de saúde da família (ESF).	Percentual de profissionais de nível superior, membros das ESF, beneficiados por programas de especialização em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais de nível superior, membros das ESF, beneficiados por programas de especialização por (dividido) número pretendido de profissionais, membros das ESF, beneficiados por programas de especialização, para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Unidade responsável: Telessaúde, programas de especialização, programas de residência	Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Sgtes)/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)
2. Cobertura das iniciativas de capacitação de profissionais técnicos de saúde.	Percentual de profissionais de saúde, com nível técnico, capacitados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais de saúde, com nível técnico, capacitados por (dividido) número pretendido de profissionais de saúde, com nível técnico, capacitados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Tipo de capacitação	Ministério da Saúde: Sgtes/Deges

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
3. Cobertura das iniciativas de capacitação de profissionais, com função de gestão ou gerência na área da saúde.	Percentual de profissionais, com função de gestão ou gerência na área da saúde, capacitados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais, com função de gestão ou gerência na área da saúde, capacitados por (dividido) número pretendido de profissionais, com função de gestão ou gerência na área da saúde, capacitados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Tipo de capacitação	Ministério da Saúde: Sgtes/Deges
4. Índice de implantação de ouvidorias em saúde.	Percentual de ouvidorias em saúde implantadas, nas capitais e nos municípios, no ano considerado.	Número de ouvidorias em saúde implantadas por (dividido) número pretendido de ouvidorias em saúde implantadas para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão Participativa (Segep): Ouvidoria Geral do SUS – Ouvidor-SUS.
5. Índice de formação de lideranças de movimentos sociais	Percentual de lideranças formadas para promover ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para os grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, do campo, da floresta e das águas, em situação de rua, entre outros.	Número de pessoas formadas por (dividido) número de 5000, multiplicado por 100.	Unidade geográfica	Ministério da Saúde; Segep/Departamento de Gestão Participativa (Dagep)

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
6. Cobertura das iniciativas de capacitação de conselheiros de controle social.	Percentual de conselheiros de controle social capacitados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de conselheiros de controle social capacitados por (dividido) número pretendido de conselheiros de controle social capacitados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica - Tipo de capacitação	Ministério da Saúde: Segep: ParticipaNetSUS
7. Taxa de implantação de Colegiados de Gestão Regional intra-estaduais.	Percentual de Colegiados de Gestão intra-estaduais implantados em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Colegiados de Gestão Regional intra-estaduais, reconhecidos na CIB e informados à CIT por (dividido) número total de Colegiados de Gestão intra-estaduais implantados no País, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria-Executiva (SE): Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada
8. Índice implantação de conselhos de gestão participativa.	Percentual de conselhos de gestão participativa implantados nos estados, no ano considerado.	Número de conselhos de gestão participativa implantados por (dividido) número pretendido de conselhos de gestão participativa implantados para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Segep/ParticipaNetSUS.
9. Índice de implantação de Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Cist) nos Conselhos Municipais de Saúde.	Percentual de Cist implantadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de Cist implantadas por (dividido) número pretendido de Cist para o período, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Ministério da Saúde.

Indicadores				
Denominação	Conceituação	Fórmula	Categorias para Análise	Fonte
10. Taxa de aprovação do Plano de Saúde (PS).	Percentual de PS aprovados nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), no ano considerado.	Número de PS aprovados nos CMS por (dividido) número de municípios brasileiros, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (Coordenação Geral de Planejamento).
11. Cobertura do Cartão Nacional de Saúde (CNS).	Percentual da população residente coberta pelo CNS em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida com CNS por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	- Unidade geográfica	Ministério da Saúde: Secretaria Executiva: Departamento de Informática do SUS (Datusus).