

Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília-DF

2011

©2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 12.385 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Coordenação Geral de Planejamento
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Edifício sede, 3º andar, sala 339
CEP: 70058-900, Brasília, Brasília - DF
Tel.: (61) 3315-2677
Fax: (61) 3315-3935
Home Page: www.saude.gov.br/se
E-mail: cgpl@saude.gov.br

Elaboração:

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SGTES
Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Fundação Nacional de Saúde - FUNASA
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Empresa Brasileira de Hemoderivados - HEMOBRAS

Colaboração:

Escola Nacional de Administração Pública - ENAP

Projeto Gráfico e capa:

Assessoria de Comunicação – Ministério da Saúde

Normalização:

Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.
Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1859-2

1. Plano Nacional de Saúde. 2. Promoção em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0349

Títulos para indexação:

Em inglês: National Health Plan: 2012-2015 (Brazil)
Em espanhol: Programa Nacional de Salud: 2012-2015 (Brasil)

SUMÁRIO

Apresentação	08
1 – Análise situacional.	09
1.1– Condições de saúde	11
1.1.1 Panorama demográfico.	12
1.1.2 Morbidade	14
a) Doenças transmissíveis	14
b) Doenças crônicas não transmissíveis	20
c) Doenças emergentes e reemergentes	21
d) Acidentes e violências – causas externas	22
1.1.3 Mortalidade	23
a) Mortalidade geral	23
b) Doenças transmissíveis	24
c) Doenças crônicas não transmissíveis	27
d) Acidentes e violências – causas externas	27
1.2 – Determinantes e condicionantes de saúde	29
1.2.1 Aspectos socioeconômicos	30
1.2.2 Condições de vida, trabalho e ambiente	32
1.2.3 Hábitos e estilos de vida	33
1.2.4 Complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde	35
1.3 – Acesso a ações e serviços de saúde	39
1.3.1 Atenção básica	41
1.3.2 Atenção especializada	42
1.3.3 Transplantes	43
1.3.4 Atenção às urgências.	45
1.3.5 Assistência farmacêutica	46
1.3.6 Saúde mental	48
1.3.7 Atenção à saúde da população indígena	49
1.3.8 Regulação e controle do sistema de saúde	53
1.3.9 Vigilância sanitária	54
1.4 – Gestão em saúde.	57
1.4.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	58
1.4.2 Planejamento.	58
1.4.3 Financiamento	59
1.4.4 Articulação federativa	61
1.4.5 Participação e controle social.	62
1.4.6 Cooperação internacional.	64
2 – Objetivo, diretrizes e metas	65
2.1 – Objetivo.	67
2.2 – Diretrizes e metas	69
Anexo (painel de indicadores)	101
Referências.	108

APRESENTAÇÃO

Com foco na promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), este Plano Nacional de Saúde (PNS) orientará a gestão federal no setor de 2.012 a 2.015. Ao longo dos últimos cinco anos, o SUS acumulou experiência de planejamento, com base no fortalecimento e aperfeiçoamento de sua lógica federativa e no reforço do controle e participação social. Este plano está estruturado em 14 diretrizes, que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor, tendo sido discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), incorporando 2 diretrizes transversais que fazem interface com o Plano Nacional de Saúde.

Sua elaboração teve início em fevereiro de 2011, quando foram aprovados, pelo Colegiado de Gestão do Ministério da Saúde, o cronograma e as etapas de sua montagem, desde a análise da situação de saúde brasileira até a formulação das propostas de ação para atingir os compromissos assumidos pelo Governo Federal.

No processo de construção deste PNS, ocorreu a compatibilização com o Plano Plurianual (PPA) – instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento federal.

A construção da proposta do PNS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, contribuiu para o planejamento do Ministério da Saúde e contemplou ampla discussão técnica e política sobre suas prioridades e desafios. Além do respeito à participação social, foi assegurado o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Resultado do acúmulo de debates, este plano é estruturado em duas partes. A primeira destaca o resumo das condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões estratégicas para a gestão do SUS. A segunda aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas que contribuirão para o atingimento do objetivo de aprimoramento do SUS, visando o acesso universal, de qualidade, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

ANÁLISE SITUACIONAL



**CONDIÇÕES
DE SAÚDE**

11

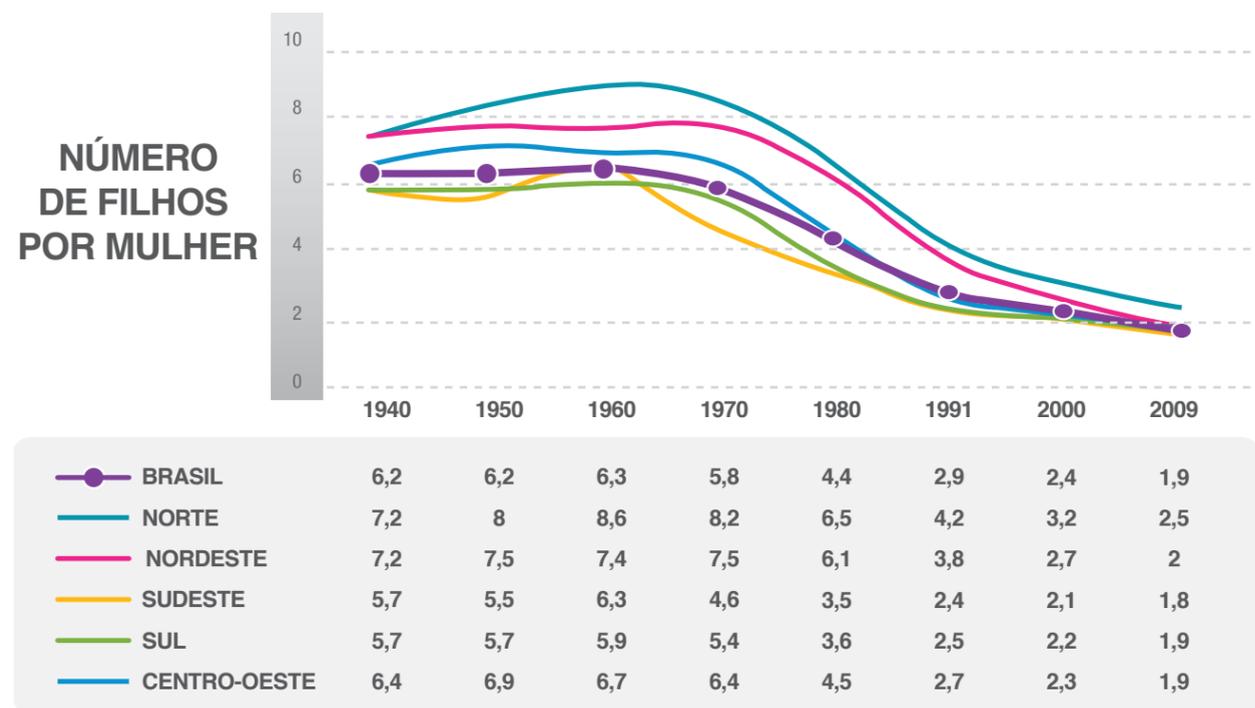
1.1.1 PANORAMA DEMOGRÁFICO

A população do Brasil atingiu, em 1º de agosto de 2010, 190.732.694 habitantes. A taxa média geométrica de crescimento anual no período 2000/2010 foi de 1,17%, uma das mais baixas já observadas, refletindo a continuidade do declínio da fecundidade que vem se verificando no decorrer dos últimos 30 anos. Esse declínio é generalizado no País, exprimindo-se na queda relativa e, em diversos casos, na redução até absoluta do número de nascimentos. O componente natalidade e os padrões correlatos de fecundidade são os principais agentes de mudanças no padrão demográfico brasileiro. O seu movimento de declínio explica a razão pela qual a taxa de crescimento demográfico registrado é inferior, atualmente, a 1,2% ao ano, de acordo com os resultados da população recenseada em 2010, comparadas com as de 2000.

Até meados da década de 60, o Brasil apresentava níveis elevados das taxas de fecundidade total, responsáveis por estruturas etárias muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas. Até 1960, a taxa de fecundidade total (TFT) era levemente superior a seis filhos por mulher; em 1970, reduziu para 5,8 filhos, com diminuição mais acentuada 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, em decorrência da forte indução por parte das políticas públicas do uso de métodos contraceptivos. 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 1,9 em 2009. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto (30 anos), quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (Gráfico 1) – (PNAD, 2009).

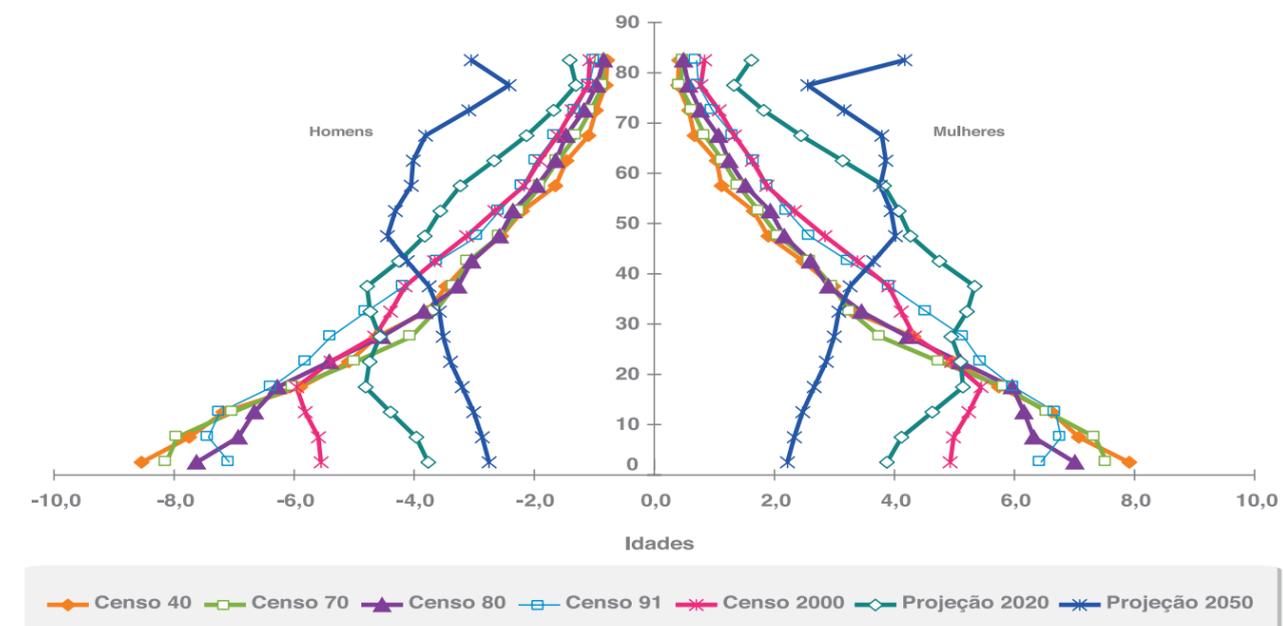
Gráfico 1 – Evolução das taxas de fecundidade total – Brasil e regiões – 1940 a 2009



Fonte: IBGE. Censos demográficos de 1940-2000 e Pnad 2009.

A marcada redução nacional e regional da fecundidade vem ocorrendo em todos os estratos sociais. Como resultado, observa-se importantes efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Estrutura etária relativa por sexo e idade – Brasil – 1940 a 2050



Fonte: IBGE/DPE/Copis. Censos demográficos de 1940-2000.

A longa experiência de níveis elevados de fecundidade, até o final da década de 70, foi responsável por um grande contingente de nascimentos e uma população predominantemente jovem. A partir do censo de 1980, já se observa o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade.

Ao se focar 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. Para 2050, projeta-se um número de 64 milhões de idosos. 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 aumentará para 35,8 milhões em 2050.

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 2008, a expectativa chegou a 73 anos, com importantes diferenças regionais e por sexo. O Nordeste é a região com menor expectativa de vida. Em média, um nordestino vive 4,9 anos a menos que um residente da região Sul, 4,3 anos a menos que um residente na região Sudeste e 1,7 ano a menos que um residente na região Norte.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde/SUS em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes com o aumento da idade mediana da população.

1.1.2 MORBIDADE

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas – coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes –, bem como pela alta carga de acidentes e violências. A seguir, são apresentados dados e informações de doenças e agravos que conformam o quadro de morbidade no Brasil.

a) Doenças transmissíveis

Essas doenças permanecem como importante problema de saúde pública no País tendo em conta o impacto sobre a morbidade, a despeito da redução significativa no perfil brasileiro de mortalidade.

No tocante à **tuberculose**, o número de casos novos notificados, em 2009, foi de 73.657, com taxa de incidência de 38,4 casos por 100 mil habitantes. A análise da série histórica da taxa de incidência da doença mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 51,7 casos por 100 mil habitantes em 1990). Embora o Brasil apresente uma tendência de redução na taxa de incidência, há diferenças importantes na comparação desse indicador por Unidade Federada (UF) em todos os anos. Os estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul apresentam as maiores incidências nacionais. O percentual de cura para os casos novos bacilíferos de tuberculose nos últimos anos ficou em torno de 73%, resultado ainda aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, que é de 85%).

O Brasil detectou 37.610 casos novos de **hanseníase** em 2009, dos quais 2.669 (7,1%) em menores de 15 anos de idade. Isso corresponde a um coeficiente de detecção geral de 19,64/100 mil habitantes e de 5,43/100 mil em menores de 15 anos de idade. No período de 2003 a 2009, a redução do coeficiente de detecção geral foi de 33,1% em menores de 15 anos de idade (redução de 31,9%). O coeficiente de prevalência reduziu 55,9%. Em 2009, o percentual de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase foi de 87%; a proporção de contatos examinados de 58,9%; a avaliação do grau de incapacidade física (GIF) no momento do diagnóstico de 89,3% de casos novos e 71,8% no momento da alta.

Estima-se que cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos de idade vivem com o **HIV/Aids** no Brasil. De acordo com parâmetros estabelecidos pela OMS, a epidemia de Aids no País é concentrada, ou seja: apresenta taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% entre parturientes residentes em áreas urbanas e maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco para infecção pelo HIV.

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos de idade, mantém-se estável em aproximadamente 0,6% desde 2004 (0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens). No entanto, em subgrupos populacionais sob maior risco, estudos realizados em 2008 e 2009 estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas, de 12,6% entre homens que fazem sexo com homens e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2010). Em média, são identificados 35 mil novos casos de Aids por ano. A taxa de incidência vem apresentando tendência à estabilização, em patamares elevados, nos últimos anos, atingindo, em 2010, 20,1 por 100 mil habitantes. Anualmente, são registradas mais de 11 mil mortes.

No período de 1998 a junho de 2009, foram notificados mais de 55 mil casos de **sífilis congênita** em menores de um ano de idade. Em 2004, foram notificados 5.201 casos em todo o País, subindo para 5.506 em 2008. Nesse último ano, a região com o maior risco de registrar sífilis congênita foi a Norte (2,4 casos por mil nascidos vivos) (Tabela 1). O aumento da proporção de casos de sífilis congênita deixa claro que a doença continua sendo um grande problema de saúde pública no Brasil.

Tabela 1 – Casos e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita* em <1 ano de idade, por região – Brasil – 2004 a 2008

Região	2004		2005		2006		2007		2008	
	nº	TI								
Norte	385	1,2	520	1,7	639	2,0	752	2,4	739	2,4
Nordeste	1616	1,8	2036	2,2	2251	2,5	2000	2,3	1872	2,1
Sudeste	2584	2,2	2577	2,2	2293	2,1	2226	2,0	2150	1,9
Sul	262	0,7	309	0,8	337	0,9	370	1,0	403	1,1
Centro-Oeste	354	1,5	388	1,7	386	1,7	269	1,2	342	1,6
Brasil	5201	1,7	5830	1,9	5906	2,0	5617	1,9	5506	1,9

Fonte: MS/SVS/D-DST/Aids.

* Casos notificados no Sinan até 30/6/2009. Para o cálculo da taxa, em 2008, foram utilizados nascidos vivos do ano de 2007. Dados preliminares para os últimos cinco anos. Passou a ser de notificação compulsória em 2005.

Quanto às **hepatites virais**, de modo geral, observa-se redução do número de casos confirmados de hepatite A e aumento dos casos das hepatites B, C e D. Em 2009, verificou-se que as maiores taxas de detecção de hepatite A e B estavam nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto que a região Sudeste apresentou as maiores taxas de hepatite C, detendo 69,3% dos casos.

Entre as demais **doenças sexualmente transmissíveis (DST)**, especificamente quanto à infecção pela clamídia em mulheres, as evidências vêm demonstrando espaços importantes para desenvolvimento de ações. Em 2005, resultados de estudo multicêntrico em seis capitais apontaram significativa prevalência (9,4%) em gestantes, além de uma prevalência significativa do HPV significativa em mulheres (38%) e homens (38,1%) que procuraram clínicas de DST, com variações de alto risco e baixo risco, respectivamente. Diante de tal magnitude desses agravos, a avaliação dos fatores de risco precisa ser explorada, com estudo de base populacional para subsidiar ações de controle.

A transmissão da **dengue** no Brasil pode ser acompanhada em períodos distintos: introdução do sorotipo Denv 1 no Rio de Janeiro, com expansão para algumas capitais do Nordeste (1986 a 1993); introdução do sorotipo Denv 2 e registro dos primeiros casos de febre hemorrágica (início dos anos 90); introdução do sorotipo Denv 3 no Rio de Janeiro (2000), resultando em uma grande epidemia em 2002, com cerca de 700 mil casos e taxa de incidência de 400 casos por 100 mil habitantes. Nos anos seguintes, observou-se um período de baixa endemicidade, com a circulação predominante do sorotipo Denv 3.

Em 2008, ocorreu uma nova epidemia em todo o País devido ao sorotipo Denv 2, registrando-se uma taxa de incidência de 1.249,1 casos por 100 mil habitantes no Rio de Janeiro. Em 2010, ocorreu a maior epidemia já observada devido ao sorotipo Denv 1, com 16 UF (59%) apresentando taxas de incidência acima de 300 casos por 100 mil habitantes e uma taxa média para todo o País de 522,1 casos/100 mil habitantes. Em julho de 2010, ocorreu a introdução do sorotipo Denv 4 em Roraima e, em 2011, foram notificados casos no Amazonas, Pará, Bahia, Pernambuco, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro e São Paulo.

Nos últimos anos, em virtude da progressiva hiperendemicidade da dengue e a circulação simultânea de três sorotipos no território nacional, observa-se um aumento na gravidade dos casos. Outro aspecto epidemiológico importante é a reintrodução do sorotipo Denv 4, que não circulava há pelo menos 28 anos no País, e para o qual

a população brasileira não possui imunidade. 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 e a falta de estrutura dos programas municipais para fazer frente a esses determinantes. A condição ambiental, com a disponibilidade de reservatórios para o vetor, é importante fator de ocorrência de casos de dengue.

Quanto à **malária**, a sua transmissão autóctone está concentrada na Amazônia brasileira, que registra 99,7% dos casos no País. Desde o estabelecimento dos objetivos do milênio em 2000, a incidência da doença apresentou uma tendência geral de decréscimo, a despeito das grandes variações ao longo deste período. Em 2010, a incidência de malária foi de 13,5 casos por 1.000 habitantes, com o registro de 332.824 casos da doença.

Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impacto na transmissão da doença. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações bem direcionadas e realizadas de forma adequada. Nesse sentido, o uso dos sistemas de informação e o monitoramento da situação epidemiológica permitem o planejamento das medidas de controle ajustadas às necessidades de cada localidade. A implantação de rede para diagnóstico e tratamento reduz o número de casos graves e óbitos, além de ter impacto importante na diminuição da transmissão. Em 2010, 57% dos casos notificados fizeram exame em menos de 48 horas após o início dos sintomas. O controle da malária é reforçado pelos serviços de drenagem e manejo ambiental em aglomerados urbanos, voltados a diminuir o impacto provocado por represamentos de água que formam criadouros para os vetores da doença.

Em relação à **doença de Chagas**, predominam atualmente no Brasil os casos crônicos decorrentes de infecção por via vetorial. Inquéritos sorológicos realizados no País entre 1975 e 1980 identificaram prevalência de 4,2% na área rural, o que representa uma coorte de aproximadamente 2,5 milhões de infectados pelo *T. cruzi*. Os estados com prevalência maior que a média nacional foram: Rio Grande Sul (8,8%), Minas Gerais (8,8%), Goiás (7,4%), Sergipe (5,9%) e Bahia (5,4%). Estima-se que de 1% a 10% dos indivíduos com a forma crônica da doença evoluam para óbito.

No período de 2000 a 2010, foram registrados no Brasil 1.036 casos isolados e surtos de doença de Chagas aguda (DCA). Os anos de 2007 e 2009 apresentaram os maiores números de casos. A forma oral de transmissão foi a predominante em todo o período. Os casos de DCA nesse período ocorreram em 91 municípios: cinco destes (5,5%) eram da região Sudeste, 15 (16,5%) da Nordeste e os demais 71 (78%) da Norte. Embora o Brasil, em 2006, tenha sido certificado como país livre da transmissão por *T. infestans*, principal vetor intradomiciliar, a existência de habitações cujas condições físicas – intra e peri-domicílio – favorecem a presença de triatomíneos, mantém o risco de domiciliação de novas espécies do vetor e, conseqüentemente, o risco da reemergência da doença.

Foram registrados 324 casos humanos confirmados de **febre amarela silvestre** (FAS), no período de 2000-2010, dos quais 155 evoluíram para o óbito (letalidade de 47,8%). O ano de 2000 apresentou o maior número de casos (85) no período, assim como de óbito (40), com letalidade de 47,1%. Posteriormente, em 2003, aumentou novamente o número de casos (65), com letalidade de 35,4%. Entre 2004 e 2006, o número de casos registrados foi baixo. A partir de dezembro de 2007, com a reemergência do vírus da FA fora da região Amazônica, o número de casos registrados voltou a subir: 13 casos em 2007 (letalidade de 76,9%), 46 em 2008 (letalidade de 58,7%) e 47 em 2009 (letalidade de 36,2%), demonstrando o potencial risco que a doença representa, considerando a expansão territorial registrada nos últimos anos.

A **raiva humana** transmitida por cães apresentou uma média de cinco casos/ano na última década. Os casos humanos transmitidos por morcegos foram de oito por ano na última década, principalmente devido à ocorrência de surtos transmitidos por morcegos hematófagos na região Amazônica. Com relação à **hantavirose**, a síndrome predominante no Brasil é a cardiopulmonar, sendo a doença considerada emergente no País. Distribuída em 11 UF das cinco regiões, tem na Centro-Oeste a maior concentração de casos (32,1%), seguida pela Sul (28,7%) e Sudeste (27,7%). A letalidade apresentada nos últimos cinco anos foi de 37,6%. Diversos fatores ambientais estão associados ao aumento no registro de casos de hantavirose, tais como o desmatamento desordenado, a expansão das cidades para áreas rurais, as grandes áreas de plantio, entre outros. Todos esses fatores favorecem a interação entre homens e roedores silvestres.

Já as **leishmanioses** apresentam grande magnitude e transcendência no Brasil, em franca expansão geográfica nos últimos anos. Em 2009, foram registrados 3.693 casos autóctones de leishmaniose visceral (LV) em 21 UF de todas as regiões (a confirmação dos primeiros casos foi na região Sul). A LV teve importante expansão geográfica nas regiões Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Sul, apesar de ainda ser predominante na Nordeste. A análise da série histórica no Nordeste indica redução dos casos nesta região: passou de 83% (4.029/4.858) do total de confirmados em 2000, para 48% (1.754/3.693) em 2009. No período 2000-2009, ocorreram 260.573 casos de leishmaniose tegumentar americana/LTA (média anual de 26.057 casos novos). Observou-se uma redução de 35% dos casos em 2009, quando comparado a 2000. O coeficiente de detecção passou de 20,3 casos por 100 mil habitantes no primeiro ano, para 11,4 casos/100 mil habitantes no último ano do período analisado. A LTA é predominante no Norte e no Nordeste. No período de 2000 a 2009, essas regiões responderam por 39,3% e 31,7% dos casos, respectivamente.

A **leptospirose** é considerada uma zoonose de grande importância devido à alta incidência de casos, alto custo hospitalar de pacientes internados e alta letalidade dos casos graves. No Brasil, ocorre de forma endêmica durante todos os meses do ano, atingindo todas as regiões, tornando-se epidêmica quando associada a índices pluviométricos elevados e enchentes decorrentes, aglomerações urbanas de baixa renda, precárias condições de infraestrutura sanitária e altas infestações de roedores. Entre 2000-2010, ocorreram 146.803 casos, sendo 37.824 confirmados, com uma média anual de 3.438 casos. Os óbitos confirmados totalizaram 4.029. A letalidade média foi de 10,7%, variando de 12,6% (2004) a 8,7% (2009). A taxa de incidência no País foi de 1,8/100 mil habitantes. Nesse período, os casos concentraram-se nos estados do Sudeste e Sul, que representaram 69,1% do total do País, seguidos pelos do Nordeste (20,4%), Norte (9,0%) e Centro-Oeste (1,5%).

A **esquistossomose** está distribuída mais intensamente no País numa faixa de terras contínuas, ao longo de quase toda a costa litorânea da região Nordeste, a partir do Rio Grande do Norte, incluído os estados da Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, onde se interioriza alcançando Minas Gerais, além do Espírito Santo, na região Sudeste, seguindo o trajeto de importantes bacias hidrográficas.

No Brasil, a **oncocercose** afeta uma parte da terra indígena Yanomami. Nessa área, sob risco da infecção, residem pouco mais de 12 mil brasileiros, em cerca de 190 comunidades, especialmente no noroeste de Roraima e extremo norte central do Amazonas. Nos anos 1990, foi implementada a estratégia de administração em massa do medicamento (MDA), com redução significativa da prevalência de casos positivos.

Os resultados decorrentes da prevenção e do controle das **doenças imunopreveníveis** no Brasil estão relacionados à implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), à estruturação do sistema nacional de vigilância epidemiológica, à maior integração entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como a articulação de estratégias conjuntas com a atenção básica. Tais fatores vêm contribuindo gradualmente para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem de forma residual nos últimos anos.

Além dos avanços na erradicação da **poliomielite**, a eliminação do **sarampo** encontra-se em processo de certificação pela OMS; e vem se caminhando para a eliminação da rubéola, a partir da grande campanha nacional em 2008, com mais de 67 milhões de pessoas vacinadas.

Tabela 2 – Coberturas vacinais de rotina para BCG***, hepatite B, poliomielite, tetravalente**** e tríplice viral***** nos menores de um ano de idade – Brasil – 2001 a 2010

Vacinação de rotina década 2000

Cobertura vacinas de rotina tipos de vacinas em < 1 ano de idade e 1 ano de idade, Brasil, 2001 a 2010

Ano	BCG	Hepatite B	Poliomielite	Tetravalente (DTP + Hib)	Tríplice Viral (SRC)**
2001	112,6	91,9	102,8	97,5	88,4
2002	110,6	91,5	100	98,9	97,4
2003	108,4	91,9	96,2	97,4	113,0
2004	106,4	90,4	98,1	96,2	105,1
2005	106,5	91,6	98,3	95,4	99,7
2006	109,0	96,7	98,6	99,8	101,7
2007	106,8	95,1	101,5	98,3	100,8
2008	109,4	96,6	100,7	98,7	101,3
2009	106,9	98,5	101,9	99,9	101,7
2010	101	90,6	93,1	92,9	95,4

Sinasc em 100% dos municípios.

Fonte: Siapi/CGPNI/SVS.

* Dados até outubro sujeitos a alterações.

** Crianças de um ano de idade.

*** Vacina contra a tuberculose.

**** Vacina contra difteria, tétano, coqueluche e *Haemophilus influenzae* tipo b.

***** Vacina contra sarampo, rubéola e caxumba.

As coberturas de rotina em menores de um ano de idade com as vacinas BCG, contra a hepatite B, contra a poliomielite, com a tetravalente (difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae* tipo b) e com a tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba), analisadas no contexto nacional, no período de 2001 a 2010, mostram-se elevadas em todos os anos da série (Tabela 2). Nas campanhas de vacinação nacionais contra a poliomielite, em menores de cinco anos de idade, no período de 2003 a 2010, as coberturas alcançaram resultados acima de 95% (em ambas as etapas, na maioria dos anos analisados).

Quanto ao **tétano neonatal**, em 2010, foram confirmados sete casos, número que representa uma redução de 81% em relação ao total de casos confirmados (37) em 2001. No entanto, nesse mesmo período, a taxa de letalidade desse agravo ainda permaneceu alta (57%).

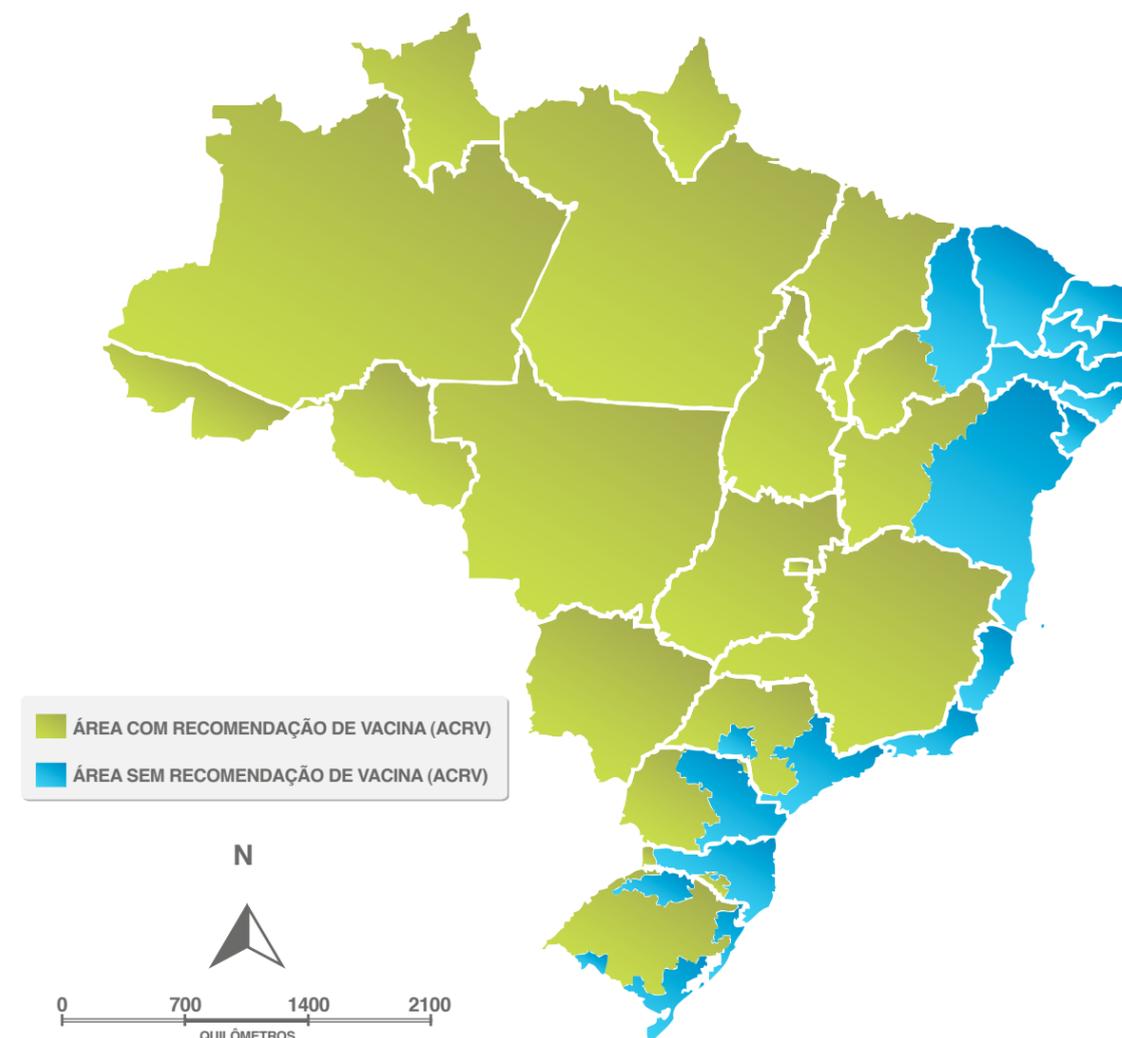
Em relação à **meningite** causada por hemófilos, após a introdução da vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), em 1999, houve uma diminuição de mais de 90% na ocorrência de casos entre os menores de cinco anos de idade. Em 2009, ocorreram 148 casos e 22 óbitos confirmados por essa causa.

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, as ações de imunização foram focadas também na população idosa. Nesse grupo, os riscos de adoecer e morrer em decorrência de gripe e pneumonia são maiores e, por isso, a partir de 1999, foi implantada a vacinação contra **influenza sazonal** para a faixa etária de

65 anos e mais (a partir de 2000, a faixa etária foi ampliada de 65 para 60 anos e mais de idade). Em relação à meta de cobertura vacinal, o mínimo estabelecido até 2007 pelo Brasil e demais países foi de 70% da população alvo. Em 2008, no Brasil, essa meta foi ampliada para 80%, e as coberturas vêm superando-a. Em 2011, a população a ser vacinada foi mais uma vez expandida, desta vez para os grupos de crianças a partir dos seis meses a menores de dois anos de idade, gestantes e trabalhadores da saúde. Além disso, independentemente de faixa etária, a vacina contra influenza sazonal é ofertada aos povos indígenas e grupos com indicação clínica especial.

No período de 2008 a 2009, o Brasil deparou-se com a reemergência de casos confirmados de **febre amarela**, caracterizando uma situação de Emergência em Saúde de Importância Nacional (Espin). Essa situação levou à nova definição geográfica de indicação para a vacinação contra a febre amarela, com duas áreas distintas para a recomendação de vacinação no território nacional, ou seja, uma área com recomendação de vacina (ACRV) e outra área sem recomendação de vacina (ASRV). Ressalte-se que houve ajuste e ampliação na ACRV em 2010 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Área com recomendação de vacina contra a febre amarela – Unidades da Federação, 2010



Fonte: UVR/CGDT/Devop/SVS/MS.

Grande parte dos imunobiológicos utilizados pelo PNI é adquirida de laboratórios nacionais, tendo impacto no desenvolvimento do complexo industrial da saúde. A política de transferência de tecnologia adotada é um importante elemento nesse processo, que tem alavancado a introdução de novas vacinas, a exemplo da pentavalente (vacinas contra a difteria, tétano, pertussis, hepatite B e Haemophilus influenzae b), introduzida no calendário de vacinação da criança em 2011, além das vacinas pneumocócica 10-valente (conjugada) e a meningocócica C (conjugada), que desde 2010 integram a rotina dos serviços. A cadeia de frio – processo de armazenamento, conservação, distribuição e transporte de imunobiológicos – também tem sido alvo de medidas prioritárias dentro do PNI, em decorrência da necessidade de ampliar a capacidade de armazenamento destes produtos nos estados e municípios.

b) Doenças crônicas não transmissíveis

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008, mostrou em sua última edição que, no total da população residente, 31,3% afirmou ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%), e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade. A doença crônica mais frequentemente relatada no total da população entrevistada foi a hipertensão arterial (14,1%), seguida de doenças da coluna (13,5%).

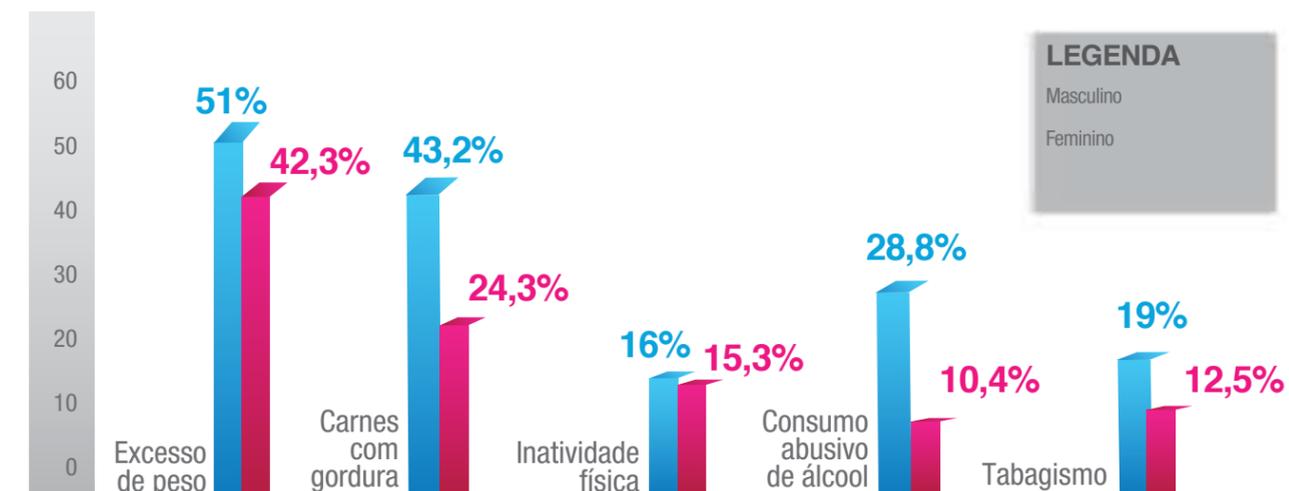
As **doenças crônicas**, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade.

A diabetes mellitus é considerada atualmente uma epidemia mundial, tornando-se grande desafio para todos os sistemas de saúde. No Brasil, estima-se um contingente populacional de seis milhões de portadores de diabetes. O grande impacto econômico da diabetes decorre também 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 SUS.

O inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (Vigitel), realizado nas capitais brasileiras com pessoas de 18 anos ou mais de idade, mostrou que a frequência de adultos que autorreferiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, em 2009, variou entre 14,9%, em Palmas, e 28% no Rio de Janeiro. A referência de diagnóstico médico prévio de diabetes variou entre 3,6%, em Boa Vista, e 6,9% em São Paulo.

As principais **doenças crônicas não transmissíveis** têm em comum alguns fatores de risco modificáveis. Estimativas globais da 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 estas 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. Na população brasileira, esses fatores de risco são mais frequentes nos homens do que nas mulheres (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, segundo sexo, para o conjunto das 26 capitais de estados e Distrito Federal



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, 2009.

c) Doenças emergentes e reemergentes

Desde o início da década de 80, algumas **doenças infecciosas** vêm sendo detectadas ou foram reintroduzidas no Brasil, destacando-se a Aids (1980), a dengue (1982), a cólera (1991) e a hantavirose (1993). Devido à influência principalmente dos viajantes, continua como prioridades: manter eliminados o sarampo e a cólera, evitar a entrada do Chikungunya (arbovírus também transmitido por meio do *Aedes aegypti* com possibilidade de introdução no País); em 2010, foram detectados três casos importados; e reduzir a disseminação do sorotipo Denv-4 para dengue que, há 28 anos, não ocorria no território brasileiro.

A detecção precoce, a prevenção, a análise das principais características epidemiológicas e a resposta coordenada a esses eventos são etapas fundamentais para prevenir a propagação nacional/internacional das doenças emergentes e reemergentes, de modo a evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população. Implantada na esfera nacional desde 2006, e nos estados e capitais a partir de 2007, a rede nacional de alerta e resposta às emergências em saúde pública (rede Ciev) encontra-se estruturada em todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e em 23 das 26 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais. Com o apoio dos serviços de saúde, essa rede foi responsável pelo monitoramento, entre 2006 e 2010, de 745 eventos de relevância de saúde pública, com destaque para as doenças de transmissão hídrica/alimentar (33%) que, junto às zoonoses (30%), respondem por mais da metade das ocorrências que se distribuem por todas as regiões e UF.

No Brasil, a partir de abril de 2009, na pandemia de **influenza**, foram notificados 88.464 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag). Desses, 50.482 foram confirmados para influenza pandêmica (H1N1)-2009. As regiões Sul e Sudeste foram responsáveis pelo maior número de casos de Srag confirmados (94%) naquele ano; o número de óbitos registrados no País foi de 2.060, o que representou uma taxa de mortalidade de 1,1/100 mil habitantes. A maior taxa de mortalidade foi na região Sul (2,8/100 mil habitantes), seguida pela Sudeste (1,2/100 mil habitantes), Centro-oeste (1,2/100 mil habitantes), Norte (0,3/10 mil habitantes) e Nordeste (0,1/100 mil habitantes). Em 2010, segundo os dados do Sinan *on-line* influenza, foram notificados 9.383 casos de Srag

hospitalizados e, destes, 10,4% foram confirmados para influenza pandêmica (H1N1)-2009. A região Sudeste apresentou a maior proporção de casos notificados (47,3%). Entretanto, a Sul registrou a maior proporção de casos confirmados (37,4%).

Assinale-se que, com relação às doenças transmissíveis, o Brasil vem apresentando avanços importantes no seu controle e na capacidade de resposta, principalmente quanto àquelas relacionadas à transmissão hídrica e às imunizáveis. Contudo, ainda persistem aglomerados de doenças relacionadas à pobreza – como esquistossomose, filariose, tracoma – que apresentam tecnologias disponíveis de controle e que se concentram em bolsões de populações pobres, bem como doenças crônicas, como tuberculose e hanseníase, que necessitam de um maior esforço nas ações de controle. Acrescem-se as doenças negligenciadas relacionadas às carências nutricionais específicas, que ainda requerem atenção, como é o caso do beribéri, causada pela deficiência da vitamina B1, que ressurgiu no Brasil em 2006. Nesse ano, foram 434 casos, dos quais 40 evoluíram para óbito. Em 2007, ocorreram 521 casos com quatro óbitos. Desde 2008, o número de casos tem diminuído, não havendo mais registro de óbitos. Contudo, a subnotificação dos casos indica a necessidade de reforço das ações de vigilância epidemiológica para o controle e prevenção da doença.

Finalmente, persistem os desafios para as doenças emergentes e reemergentes que integrarão o cenário epidemiológico brasileiro e que suscitam a necessidade de uma melhoria contínua, por parte do sistema de vigilância do País e na sua capacidade de resposta às urgências epidemiológicas.

d) Acidentes e violências – causas externas

Em 2009, foram realizadas 883.446 internações no SUS por **causas externas**, representando cerca de 8,0% do total de internações (ocuparam o quinto lugar entre as causas de internação, excluído o grupo gravidez, parto e puerpério). A probabilidade de internação por causas externas entre homens foi 2,4 vezes àquela entre mulheres. Os jovens e adultos na faixa de 20 a 39 anos de idade concentraram o maior número de hospitalizações (36,7% do total), enquanto que o maior risco foi na população com 60 anos e mais de idade (75,1 por 10 mil habitantes).

Nas internações, do total dos eventos por causas externas, preponderou o componente não intencional (acidentes) com 75,6%, sobre o componente intencional (24,4%), o que originou taxas de 35,2 e 2,5 por 10 mil habitantes, respectivamente. Entre os **acidentes**, destacaram-se as quedas, sobretudo nos homens, apresentando maiores taxas de internação por este motivo. Quanto aos acidentes de transporte terrestre, os motociclistas ocuparam o primeiro lugar entre as internações, seguindo-se os pedestres e ocupantes de veículos. As agressões responderam pela maior parte das internações decorrentes de violências (81% foram agressões e 19,4%, lesões autoprovocadas).

A partir dos resultados da pesquisa sobre **violências e acidentes** em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados (Viva – inquérito 2009), verificou-se que, de um total de 39.610 atendimentos registrados, a maioria das ocorrências foram no sexo masculino (64,6% dos atendimentos). As maiores proporções de atendimentos foram observadas entre os adultos jovens, nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade (40,4%). A maioria desses eventos foi referida como não intencional – acidentes (90,1%), enquanto as violências corresponderam a 9,9%. No tipo de acidente, cerca de um terço foram por quedas e 25,1% por acidentes de transporte terrestre: motociclistas (50,9%), ciclistas (18,4%) e pedestres (12,8%). No componente intencional (violência), predominaram as agressões.

Em 2009, foram registrados no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) cerca de 723,5 mil **acidentes de trabalho**. Desse total, 528,2 mil foram com Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Do total, os acidentes típicos representaram 79,7%; os de trajeto 16,9% e as doenças do trabalho 3,3%. As pessoas do sexo masculino participaram com 77,1% nos acidentes típicos; 65,3% nos de trajeto; e 58,4% nas doenças do trabalho. Nos

acidentes típicos e nos de trajeto, a faixa etária com maior incidência de acidentes foi a de 20 a 29 anos de idade, respectivamente 34,7% e 37,8% do total. Nas doenças de trabalho, a faixa de maior incidência foi a de 30 a 39 anos de idade, com 33,9% do total de acidentes registrados (Brasil, 2011).

O subgrupo da classificação brasileira de ocupações (CBO) com maior número de acidentes típicos, em 2009, foi o de “trabalhadores de funções transversais”, com 14,0% (operadores de robôs, de veículos operados e controlados remotamente, condutores de equipamento de elevação e movimentação de cargas etc.); nos acidentes de trajeto, o maior número ocorreu no subgrupo “trabalhadores dos serviços”, com 18,6%; e, nas doenças do trabalho, o subgrupo “escriturários”, com 13,4% (Brasil, 2011).

Na distribuição por setor de atividade econômica, o de “agropecuária” participou com 4,4% do total de acidentes registrados com CAT; o da “indústria” com 48,0% e o de “serviços” com 47,6%, excluídos os dados de atividade “ignorada”. Nos acidentes típicos, os subsetores com maior participação nos acidentes foram “comércio e reparação de veículos automotores” (12,3%) e “produtos alimentícios e bebidas” (11,3%). Nos acidentes de trajeto, as maiores foram “comércio e reparação de veículos automotores” e “serviços prestados principalmente à empresa”, respectivamente 19,2% e 14,3% do total. Nas doenças de trabalho, foram os sub-setores “atividades financeiras” (11,6%) e “comércio e reparação de veículos automotores”, com 11,0% (Brasil, 2011).

1.1.3 MORTALIDADE

Em termos nacionais, segundo dados relativos a 2008, as doenças do aparelho circulatório foram a primeira causa de óbitos, responsáveis por quase 30% de todas as mortes. Nas regiões Sudeste e Sul, as neoplasias ocuparam o segundo lugar, enquanto as causas externas responderam por esta posição nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Pouco mais de 44% dos óbitos ocorreram na faixa etária de 70 ou mais anos de idade.

a) Mortalidade geral

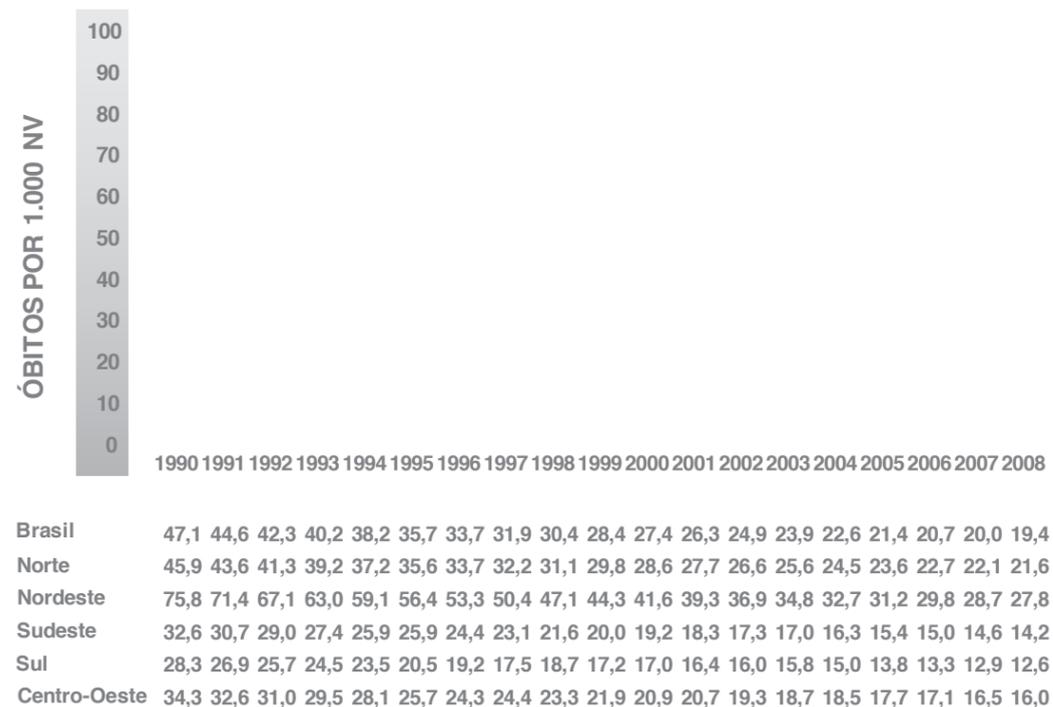
Em 2008, foram notificados ao sistema de informações sobre mortalidade (SIM) um total de 1.077.007 óbitos no Brasil. Desse total, 57,5% foram de indivíduos de sexo masculino. A taxa geral de mortalidade, em 2008, foi de 5,68 por mil habitantes, diferindo segundo as regiões. As **taxas brutas de mortalidade** das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram de 6,30, 6,17 e 4,93/1.000 habitantes, respectivamente. Nas regiões Norte e Nordeste, as taxas corresponderam, em respectivo, a 4,03 e 5,16/1.000 habitantes.

Em termos de **mortalidade proporcional**, a avaliação mostra concentração de 44,3% dos óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos de idade, sendo maior na região Sul (46,3%). Entre os homens, a mortalidade proporcional é maior em faixas etárias mais jovens do que nas 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%.

Em 2008, as **doenças do aparelho circulatório** foram a primeira causa de óbito no Brasil e em todas as regiões. Essas doenças responderam por 29,5% dos óbitos. Nas regiões Sudeste e Sul, as neoplasias foram a segunda causa (16,4% e 19,4%, respectivamente), seguidas pelas causas externas (10,8% e 12,1%). Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as causas externas foram a segunda causa de mortalidade (17,3%, 14,2% e 17%, em respectivo), seguidas pelas neoplasias (12%, 12,7% e 14,7%).

A taxa de **mortalidade infantil**, no período de 1990 a 2008, reduziu-se em 58,8% (de 47,1 para 19,4 por mil nascidos vivos/NV). Essa queda se observa em todas as regiões do Brasil, com destaque para o Nordeste (63,3%), seguido do Sudeste (56,4%). No entanto, essas taxas são ainda elevadas, especialmente no Norte (21,6 óbitos/1.000 NV) e no Nordeste (27,8), o que repercute na média nacional (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Taxa de mortalidade infantil no Brasil – 1990 a 2008



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

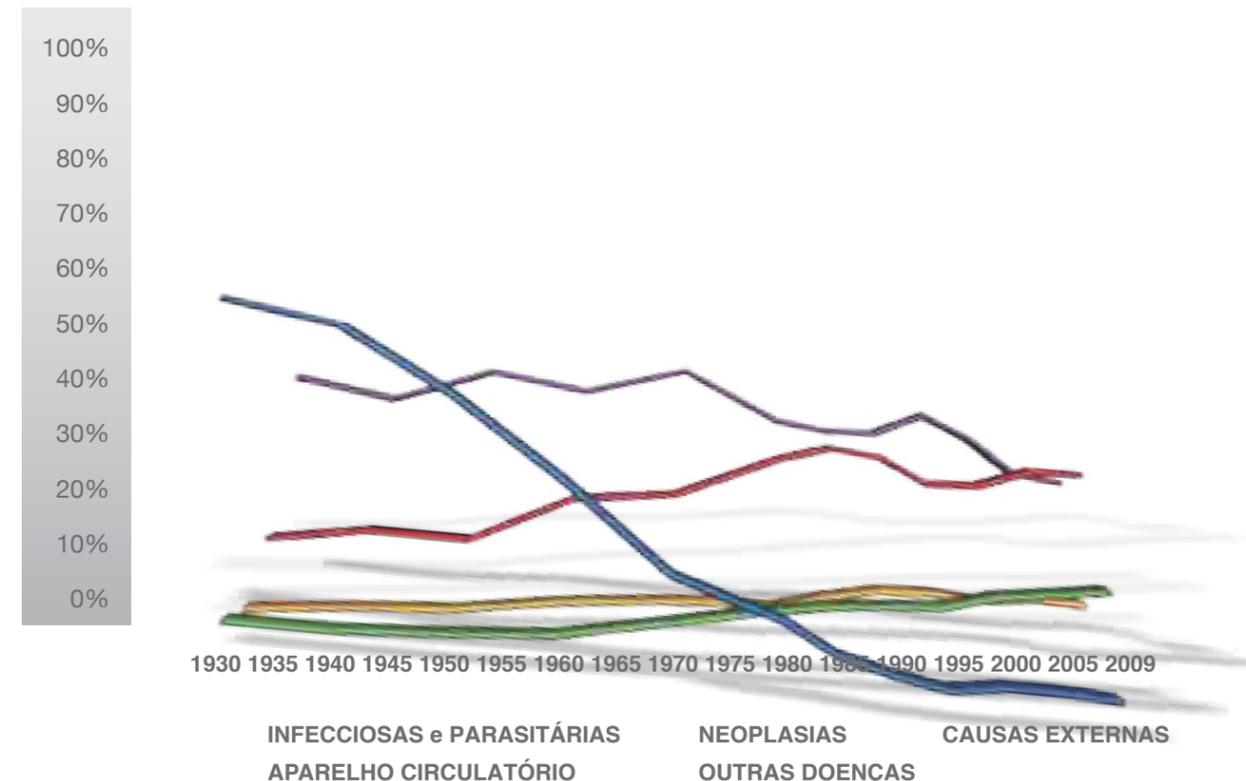
A redução sustentada da mortalidade infantil no País resulta de diversas ações, como: aumento da cobertura vacinal da população e introdução de novas vacinas; utilização da terapia de reidratação oral (entre os 44 mil óbitos em menores de um ano de idade em 2008, as diarreias foram responsáveis por 1.118 óbitos); aumento da cobertura do pré-natal; ampliação dos serviços de saúde; redução contínua da fecundidade; melhoria das condições nutricionais da população e ambientais (sobretudo fornecimento de água potável e ampliação da oferta de banheiros); aumento da taxa de escolaridade das mães e das taxas de aleitamento materno.

Em 2008, 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 71% 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% em 2008. A hipertensão (22,4%), a hemorragia (11,5%) e as infecções puerperais (7%) aparecem como as três principais causas de morte materna, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gravidez, parto e puerpério (2,3%) e o aborto (4,5%).

b) 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 2009, por 4,9% da mortalidade, sendo a oitava causa de morte no País, com um total de 47.053 óbitos (Gráfico 6). 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.

Gráfico 6 – Mortalidade proporcional no Brasil – 1930 a 2009



Fonte: Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 pp. 293. Atualizado por CGIAE/Dasis/SVS/MS.

Desde 1996 a 2009, observa-se aumento dos óbitos por pneumonia, especialmente nas pessoas maiores de 60 anos de idade, por influenza, devido à pandemia do vírus H1N1 ocorrida em 2009; por dengue clássico e pela febre hemorrágica devida ao vírus da dengue. Entre as doenças que mostraram redução do número de óbitos destacam o HIV/Aids, tuberculose, doença de Chagas, doenças infecciosas e intestinais, infecção meningocócica, leptospirose, malária e raiva humana (Tabela 3). É importante anotar que o aumento de algumas causas de óbitos, nos anos recentes, provavelmente seja por causa de uma melhor definição das causas básicas de óbito.

Tabela 3 – Frequência absoluta e taxa bruta de mortalidade (x 100 mil habitantes) por doenças transmissíveis – Brasil – 1996 a 2009

	Número de óbitos				Taxa bruta de mortalidade			
	1996	2000	2005	2009	1996	2000	2005	2009
Doenças Transmissíveis	89526	76459	84701	101545	57,0	45,0	46,0	53,0
Pneumonia	33882	29348	35903	51536	21,6	17,3	19,5	26,9
Aids	15017	10730	11100	12079	9,6	6,3	6,0	6,3
Tuberculose	5708	5533	4735	4777	3,6	3,3	2,6	2,5
Doença de Chagas	5376	5134	4916	4706	3,4	3,0	2,7	2,5
Doenças infecciosas intestinais	9391	6144	5564	4615	6,0	3,6	3,0	2,4
Hepatites virais	860	1529	2400	2753	0,5	0,9	1,3	1,4
Influenza	114	213	150	1825	0,1	0,1	0,1	1,0
Esquistossomose	450	484	514	496	0,3	0,3	0,3	0,3
Infecção meningocócica	1018	650	447	462	0,6	0,4	0,2	0,2
Leishmaniose	160	276	261	358	0,1	0,2	0,1	0,2
Leptospirose	455	378	337	329	0,3	0,2	0,2	0,2
Febre hemorrágica devida ao vírus da dengue	12	10	35	229	0,0	0,0	0,0	0,1
Hanseníase	190	248	230	202	0,1	0,1	0,1	0,1
Dengue clássico	11	7	13	142	0,0	0,0	0,0	0,1
Malária	224	243	122	85	0,1	0,1	0,1	0,0
Febre amarela	5	20	1	13	0,0	0,0	0,0	0,0
Raiva	12	18	26	2	0,0	0,0	0,0	0,0
Outras doenças transmissíveis	16641	15494	17947	16936	10,6	9,1	9,7	8,8
Mal definidas	137039	135749	104455	80127	87,2	79,9	56,7	41,8
Demais causas de morte	682318	734478	817671	919189	434,4	432,6	443,9	480,0
Total de óbitos	908883	946686	1006827	1100861	578,6	557,5	546,6	574,9

Fonte: SIM – CGIAE/Dasis/SVS/MS. Doenças transmissíveis (CID-10): A01-B99, G00-G03, J00-J22, em indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, Ripsa, 2008.

c) Doenças crônicas não transmissíveis

Em 2007, essas doenças representaram cerca de 67% dos óbitos notificados. As **doenças cardiovasculares** foram a principal causa: 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas por câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%). A proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é maior nas faixas etárias mais elevadas, nos indivíduos com maior escolaridade, nos municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos. A taxa padronizada de mortalidade por DCNT reduziu de 569 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 475, em 2007 (queda de 17%). A redução ocorreu em todas as faixas etárias, com queda mais acentuada para a população de 60 anos ou mais de idade, em ambos os sexos.

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 305.466 óbitos em 2007 (29,4% do total de óbitos no País). Nesse mesmo ano, a **doença cerebrovascular** foi a primeira causa definida de óbito na população brasileira (9,2% da mortalidade geral), seguida das doenças isquêmicas do coração (8,8% da mortalidade geral). Nesse mesmo ano ainda, a doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito, representando 3,7% da mortalidade geral. A mortalidade pelas doenças cardiovasculares reduziu-se em 26%, caindo de 284 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 209 em 2007.

Em relação às **neoplasias**, foram registrados 161.491 óbitos em 2007 (15,1% de todos os óbitos). Os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama (15,2% das mortes por neoplasias, entre as mulheres), seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões (9,7%) e colo de útero (6,4%). Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo câncer de próstata (13,4%) e o de estômago (9,8%).

A **diabetes** foi responsável por 47.718 óbitos no Brasil em 2007 (4,6% de todos os óbitos). A taxa de mortalidade elevou-se de 30 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 33 em 2007 (aumento de 10%). O aumento foi maior entre os homens (22%) do que entre as mulheres (2,5%).

d) Acidentes e Violências – causas externas

Em 2008, do total de mortes por todas as causas na população brasileira, 12,5% foram por **causas externas**. Essas causas ocuparam o terceiro lugar na mortalidade brasileira. Contudo, em relação à faixa etária de um a 39 anos de idade, as causas externas representaram a primeira causa de morte, principalmente decorrente dos homicídios e de acidentes de trânsito. O sexo masculino respondeu por 83,1% desses óbitos. A taxa de mortalidade foi de 70,5 óbitos/100 mil habitantes: 119,2 para o sexo masculino e 23,3 para o feminino (relação homem/mulher de 5,1).

A distribuição dessas mortes segundo faixa etária mostrou que os adultos jovens (20 a 39 anos de idade) concentraram o maior número de mortes, seguidos pelos adolescentes (15 a 19 anos de idade). Em relação ao risco, contudo, a população com idade igual ou maior de 60 anos de idade exibiu os mais altos (108,2 óbitos por 100 mil habitantes), seguindo-se a faixa de 20-39 anos de idade (96,6) e 15-19 anos de idade (80,3).

Entre os **acidentes**, destacam-se os de transporte terrestre (27,4%, o que representa 19,3 óbitos/100 mil habitantes). Nas mortes decorrentes de acidentes de transporte terrestre, a maior parcela ocorreu entre os usuários mais vulneráveis do sistema viário (24,2% foram pedestres e 23,4%, motociclistas). Os ocupantes de veículos corresponderam a 24,4% do total.

No grupo das **violências**, os homicídios preponderaram (36,7%, coeficiente igual a 25,8 óbitos/100 mil habitantes), em contraste com a representação proporcional dos suicídios: 6,8% do total (4,8 óbitos/100 mil habitantes). Entre as agressões, as armas de fogo foram o principal meio, respondendo por 84,4% do total de homicídios. Já as taxas de mortalidade por acidente de transporte terrestre distribuíram-se de forma diversa nas capitais. As capitais onde o risco de morrer por essas causas foi mais alto foram: Porto Velho (31,5/100 mil habitantes), Boa Vista (30,3), Campo Grande (28,9), Palmas (26,0) e Florianópolis (24,5).

1.2

**DETERMINANTES
E CONDICIONANTES
DE SAÚDE**

As condições de saúde da população brasileira, assim como de outras nações, transcendem o espectro de ação do setor respectivo, tendo em conta que resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais. O Brasil tem feito vários movimentos – oriundos da esfera pública da sociedade civil –, voltados à promoção da qualidade de vida, com repercussões importantes sobre a saúde da população.

A despeito dos esforços empreendidos, persistem situações geradoras de iniquidades que requerem contínuo enfrentamento, mediante a implementação de políticas capazes não só de mitigar as condições desfavoráveis à saúde da população, mas de promover o bem-estar geral. No resumo a seguir, são identificados determinantes e condicionantes da saúde que o SUS, no âmbito da esfera federal, considera estratégicos para a sua atuação no próximo quadriênio.

1.2.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Os indicadores socioeconômicos apresentados a seguir referem-se às taxas de analfabetismo, de desemprego, de trabalho infantil, escolaridade, Produto Interno Bruto (PIB), razão de renda e proporção de pobres, além de mostrar a estreita correlação entre pobreza e ausência de saneamento. As informações demonstram que a ausência de saneamento básico adequado, em especial o acesso à água em qualidade e quantidade suficientes, é um dos fatores de erradicação da extrema pobreza e da fome Relatório do Desenvolvimento Humano (PNUD, 2006). A análise mostra a evolução entre os períodos de 2001 a 2008.

O **PIB per capita** nacional a preços correntes cresceu 111,7%, de R\$ 7.554,00 para R\$ 15.990,00. Todas as regiões mais que dobraram o seu PIB e cresceram homoganeamente. O destaque é a região Norte que cresceu 128,7%, seguida pela Nordeste (121,5%) e Centro-Oeste (118,3%). O maior crescimento do PIB per capita por UF foi o de Mato Grosso (181,2%), acompanhado pelo Espírito Santo (162,1%) e Maranhão (160,7%); apenas os estados de Roraima, Amapá, São Paulo, e o Distrito Federal não dobraram os seus PIB. O DF, com R\$ 45.978,00, tem o maior PIB do País, enquanto o Piauí, com R\$ 5.373,00, tem o menor.

A taxa de **analfabetismo** na população de 15 e mais anos de idade apresentou uma redução de 20%, entre 2001 e 2008. Em termos regionais, o Norte se mantém e todas as outras regiões melhoraram; o percentual de 2008 do Nordeste (19%) é quase o dobro do Norte (11%). Em todas as UF, houve mudanças positivas, exceto no Amazonas e Pará, que aumentaram 7% e 6%, respectivamente. No que se refere à taxa de escolaridade inferior a quatro anos de estudo, na população de 15 anos e mais de idade, a média nacional reduziu-se de 28% para 21%, entre 2001 e 2008. Em todas as regiões, o País apresentou progressos. Em 2008, as UF com as menores taxas foram o DF (11%), São Paulo, Rio de Janeiro e Amapá com 14%, e com as maiores foram Alagoas (39%) e Piauí (37%).

O **desemprego** reduziu-se em todas as regiões no mesmo período. Aumentou apenas em Santa Catarina; apesar disso o estado continua entre os que possuem as menores taxas. Não variou em Pernambuco e no Mato Grosso. Caiu, abaixo de 30%, em Rondônia, Roraima, Piauí, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná e, excepcionalmente, no Pará (46%), colocando-o entre as melhores médias por estado. A taxa de trabalho infantil (% da população entre 10 e 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho) reduziu-se no Brasil de 14% para 10%, entre 2001 e 2008. Caiu também em todas as regiões, exceto na Norte, onde se manteve em 11%. Em 2008, a UF que apresentou o menor percentual foi o DF, com apenas 2%, seguido pelo Amapá e Rio de Janeiro, com 3%. Os estados do Tocantins e do Piauí são os que apresentaram o maior percentual (17%).

O indicador **razão de renda** (número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres) reduziu nacional e regionalmente. A região Sudeste apresentou, em 2008, a melhor relação (13 vezes), muito próximo da Sul (14 vezes) e da Norte (15 vezes); a Centro-Oeste a pior (21 vezes). O DF é a única UF onde a razão

de renda aumentou. Era de 24% e passou para 36%. Os estados de Mato Grosso do Sul (0,2%) e Alagoas (6,4%) reduziram pouco, e Acre e Rio Grande do Norte diminuíram em mais de 50%. A proporção de pobres (% da população com renda familiar *per capita* de até meio salário mínimo) diminuiu de 43% para 31% no Brasil, de 2001 a 2008. Nesse período, foi observada queda de 42% na região Sul (de 30% para 18%), 41% na Centro-Oeste (de 40% para 24%), 37% na Sudeste (de 30% para 19%), 23% na Nordeste (de 68% a 52%) e 21% na Norte (de 54% para 42%). O Amapá foi o único estado onde aumentou a proporção de pobres; os estados com redução acima de 40% foram Paraná, Goiás, Santa Catarina e Espírito Santo. Os indicadores econômicos no Brasil e na maioria das regiões mostram uma melhora no conjunto dos principais analisados.

Nos últimos anos, o Brasil tirou 28 milhões de brasileiros da pobreza e levou 36 milhões para a classe média. Esse trabalho, contudo, tem que continuar, pois ainda há 16,2 milhões de pessoas vivendo na extrema pobreza. Para isso, o governo criou o **plano “Brasil Sem Miséria”**, que aperfeiçoa e amplia o melhor da experiência brasileira na área social. O processo de ascensão social dos últimos oito anos foi decisivo para diminuir as desigualdades, ampliar o mercado interno, fortalecer a economia e acelerar o crescimento do País. Entretanto, persistem iniquidades que devem ser combatidas. O perfil dos extremamente pobres evidencia essas iniquidades. Dos 16,2 milhões de pessoas vivendo na extrema pobreza:

- 59% estão concentrados na região Nordeste (9,6 milhões de pessoas);
- do total de brasileiros residentes no campo, um em cada quatro encontra-se em extrema pobreza (25,5%);
- 51% têm até 19 anos de idade e 40% até 14 anos de idade;
- 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossa séptica;
- 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estão ligados à rede geral de distribuição de água e não têm poço ou nascente na propriedade;
- 71% são negros (pretos e pardos) e 26% são analfabetos (15 anos ou mais).

A insuficiência de renda é um relevante indicador de privações, mas não é o único. Fatores sociais, geográficos e biológicos multiplicam ou reduzem o impacto exercido pelos rendimentos sobre cada indivíduo. Entre os mais desfavorecidos, faltam instrução, acesso à terra e insumos para produção, saúde, moradia, justiça, apoio familiar e comunitário, crédito e acesso a oportunidades.

O objetivo geral do Governo Federal é promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza. São objetivos específicos: elevar a renda familiar *per capita*, ampliar o acesso aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem-estar social, e ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda através de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural. Os eixos de atuação são a garantia de renda, o acesso a serviços públicos, e a geração de oportunidades.

Considerando a determinação social da saúde, os principais problemas de saúde da população em extrema pobreza compreendem: maior exposição a fatores de risco ambiental, exposição a doenças infectocontagiosas e crônicas não transmissíveis, pior estado nutricional, maior taxa de fecundidade, maior prevalência de edêntulos (afetando o convívio social e da capacidade de inserção no mercado de trabalho), dificuldade de acesso a consulta oftalmológica e óculos (contribuindo para a evasão escolar e analfabetismo), dificuldade de acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

O setor saúde é componente fundamental para superação da miséria por apresentar algumas características essenciais que impactam na eficácia das políticas públicas, como a capilaridade dos serviços e ações do SUS; o impacto no desempenho escolar e na inserção e desempenho no mercado de trabalho; a geração de oportunidade profissional nas equipes de saúde da atenção básica, nas obras e na formação técnica; a economia da saúde e o complexo industrial, por exemplo.

1.2.2 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE

A ampliação da atividade produtiva, o acelerado processo de industrialização e urbanização dos países em desenvolvimento, a demanda crescente por alimentos, a maior pressão sobre os recursos naturais, bem como o maior aporte de resíduos urbanos, industriais e agrícolas têm ameaçado a qualidade de vida da população e determinado condições de risco à saúde humana.

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destaca-se inicialmente o **saneamento**, cujo objetivo é alcançar salubridade ambiental para proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural. Essa salubridade é alcançada por meio de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, que inclui coleta e disposição sanitária adequada, manejo de águas pluviais, promoção da disciplina sanitária de uso do solo e demais serviços e obras especializadas.

De 1990 a 2008, houve um aumento de 78% para 87% da população mundial com acesso à água potável (OMS; UNICEF, 2010). No Brasil, o aumento do percentual de domicílios cobertos pela rede de **abastecimento de água** foi de 14,7% entre 2000 e 2008. A região Sudeste foi a que apresentou o maior aumento (17%), seguida das regiões Centro-Oeste (15,7), Nordeste (15,4), Sul (15,1) e Norte (1).

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (Vigiagua) é operado em todos os estados e em 4.815 (87%) municípios. Segundo as informações no sistema de informação da vigilância da qualidade da água (Sisagua), 15 milhões de pessoas ainda não possuem acesso à água tratada. A execução das ações de vigilância nos municípios tem apresentado um aumento nos últimos anos, permitindo a identificação de fatores de riscos à saúde associados à água.

Em 2005, o Programa de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS) do Ministério das Cidades realizou estudo com o objetivo de diagnosticar os serviços de água e esgoto prestados aos municípios brasileiros. O resultado foi que, dos 2.644 municípios operados por prestadores regionais (companhias estaduais), 22,8% informaram cumprir a portaria de potabilidade (MS nº 518/2004), enquanto 45,5% afirmaram não cumpri-la integralmente. Os demais (31,7% dos municípios) não responderam por não dispor dessa informação.

De acordo com PNAD/2009, 92,6% dos domicílios urbanos são ligados à rede de abastecimento de água potável com canalização interna e somente 28,9% dos domicílios rurais têm este serviço. Por outro lado, 39,8% dos domicílios rurais, com canalização interna, usam outras formas de abastecimento, nem sempre confiáveis (27,4% não têm canalização interna). Em muitos municípios, sistemas de abastecimento de água funcionam de forma precária, com intermitência e sem controle de qualidade. No que se refere à cobertura dos serviços de saneamento na área rural, os dados revelam ser muito baixa (a PNAD 2009 indicou que cerca de 31 milhões de pessoas residiam em localidades rurais, o que representava cerca de 8,7 milhões de domicílios).

Quadro 1 – Cobertura de abastecimento de água nos domicílios

Área	Nº total de domicílios	Domicílios ligados à rede			Outras formas		
		Com canalização interna (%)	Sem canalização interna (%)	Total (%)	Com canalização interna (%)	Sem canalização interna (%)	Total (%)
Urbana	49.827.000	92,6	0,9	93,5	4,9	1,6	6,5
Rural	8.750.000	28,9	3,8	32,8	39,8	27,4	67,2
Total	58.577.000	83,1	1,4	84,4	10,1	5,5	15,6

Fonte: IBGE – PNAD 2009.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que o número de mortes causadas por problemas decorrentes da poluição no mundo é de cerca de três milhões, valor que representa 5% do total de 55 milhões de óbitos que ocorrem anualmente. A **poluição atmosférica** nos centros urbanos resulta, muitas vezes, de atividades industriais e da frota veicular. No Brasil, regiões como a Amazônia e o Planalto Central são pontos de apoio às atividades primárias e cujo surgimento requer desmatamento seguido por queimadas que trazem sérias consequências para o equilíbrio do ecossistema e para as populações.

A maior fonte de produção de gases tóxicos, material particulado e gases do efeito estufa no planeta, é a combustão de biomassa. Fatores ambientais, como a **poluição do ar** e as **variáveis climáticas**, são considerados determinantes para o aumento dos casos e da gravidade de infecções respiratórias agudas (IRA) em menores de cinco anos de idade e de internações hospitalares por doenças do sistema circulatório em população acima de 60 anos de idade. O mesmo ocorre para as internações hospitalares por doenças do sistema circulatório para maiores de 60 anos de idade.

Outro fator importante refere-se ao uso intenso de **agrotóxicos** na agricultura. Em 2009, o mercado brasileiro atingiu US\$ 6,6 bilhões em vendas de agrotóxicos, referentes a um volume de mais de 336 mil toneladas de ingrediente ativo. Em 2010, as vendas alcançaram US\$ 7,24 bilhões (SINDAG, 2011). Segundo a Associação Nacional de Defesa Vegetal (ANDEF), a produção de grãos – soja, milho, trigo, arroz e feijão – deverá passar de 139,7 milhões de toneladas em 2007/08 para 180 milhões em 2018/19, indicando acréscimo de 40 milhões de toneladas à produção atual. No total das lavouras analisadas, o Brasil deverá ter um acréscimo de área da ordem de 15,5 milhões de hectares nos próximos anos (ANDEF, 2010), tendo implicação direta no consumo de agrotóxicos.

O sistema de informação de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado (SISSOLO) estima haver 10.635.000 pessoas expostas, ou potencialmente expostas, em 5.292 áreas contaminadas ou sob suspeita de contaminação por substâncias químicas no País no ano de 2010.

Entre 2003 e 2009, foram decretadas 10.231 situações de emergências ou estado de calamidade pública em função de **desastres**, sejam de origem natural ou antropogênicos, conforme informações da Secretaria Nacional de Defesa Civil (SNDC). Em 2009, 44,6% dos eventos foram secas e 49,8% inundações. Um total de 652 municípios de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte foram atingidos por desastres associados às inundações (78 óbitos, 289.612 pessoas desalojadas e 112.045 pessoas desabrigadas). Entre novembro de 2010 a fevereiro de 2011, as chuvas atingiram mais de 600 municípios das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, com registro acima de 900 mortes. Nesse período, houve mais de quatro milhões de desalojados e desabrigados (SNDC, 2011).

1.2.3 HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados à condição de saúde das pessoas. Integram, assim, o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a **promoção da saúde**, que constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

O progresso do Brasil na redução da **desnutrição infantil** foi grande, particularmente a partir de 2003, de modo que o País alcançou antecipadamente as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Quanto ao combate à fome, entre o início da década de 90 e 2006, a prevalência de baixo peso para idade caiu a um terço do valor (5,4% para 1,8%) e a baixa altura para idade decresceu a menos da metade (19,6% para 6,7%). Como principais causas dessas reduções, destacam-se o aumento da escolaridade materna; a expansão da atenção à saúde (principalmente da atenção básica); o aumento da renda familiar; e a expansão do saneamento básico na última década (MONTEIRO, 2009).

Ao mesmo tempo, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) de 2008-2009 mostrou o preocupante aumento nas prevalências de **excesso de peso e obesidade** na população brasileira a partir dos cinco anos de idade. Nas crianças de cinco a 10 anos de idade, o excesso de peso atualmente afeta mais de 30% da população e a obesidade cerca de 14%, enquanto, entre os adolescentes, 20% apresentam excesso de peso e 5% estão obesos. Na população adulta, o quadro é ainda mais alarmante, haja vista que metade das pessoas com 20 ou mais anos de idade apresenta excesso de peso e perto de 15% estão obesas, destacando-se o maior aumento percentual nas prevalências nos grupos de menor renda, particularmente entre as mulheres. Tais tendências são confirmadas por outras fontes, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/Vigitel e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/Sisvan, apontando contínuo aumento no excesso de peso e obesidade em adultos entre 2008-2010 e indicando que a redução será complexa, e incitará abordagem ampla da questão em seus condicionantes e determinantes.

A POF 2008-2009 também reforçou as tendências de mudanças nos **hábitos alimentares** da população, visto que a participação de açúcares livres no total de calorias da dieta chegou a 16,4%, ultrapassando a recomendação máxima da OMS, que é de até 10% das calorias. Acresce-se a participação calórica das gorduras totais e saturadas, cuja tendência tem sido de gradual aumento na última década. Essa pesquisa também mostra o consumo insuficiente de frutas e de legumes e verduras – somente 2% e 0,8% do total de calorias, respectivamente –, além da redução no consumo de alimentos básicos da dieta, como o arroz e o feijão.

A **obesidade**, segundo a OMS, é um dos grandes problemas mundiais, considerada doença crônica multifatorial e também fator de risco para várias outras, como hipertensão arterial, diabetes, doença coronariana, infarto do miocárdio, algumas formas de câncer, além do aumento da mortalidade em geral. A OMS estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa à diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama. No Brasil, a proporção de adultos obesos tem aumentado drasticamente: passou de 4,4% em 1974/75 (Endef, 1974/75) para 13,9% em 2009 na população de 18 anos ou mais de idade (Brasil, 2010). Essa proporção é maior na faixa de 45 a 54 anos de idade e de menor escolaridade, sem diferenças entre os sexos.

Por outro lado, existem no mundo em torno de um bilhão de pessoas nicotino-dependentes, das quais 25 milhões estão no Brasil. Contudo, tem-se verificado uma marcada redução da prevalência de **tabagismo** no Brasil nos últimos anos: em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNPS) mostrou prevalência de fumantes de 34,8% e o Vigitel encontrou prevalência de 15,5% em 2009, semelhante aos dados da pesquisa especial de tabagismo (PETAB, 2008). A queda anual do tabagismo no Brasil é considerada uma das mais altas do mundo.

São recentes, de outra parte, as evidências que comprovam como um estilo de vida ativo protege o indivíduo de vários agravos. 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. Nas capitais, o Vigitel revelou elevado percentual de inatividade física, variando de 11,5%, em Florianópolis, e 20,3% em Maceió.

O consumo excessivo de **bebidas alcoólicas** configura sério problema de saúde pública. Em 2009, o Vigitel mostrou que a frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 18,9%, sendo quase três vezes maior em homens (28,8%) do que em mulheres (10,4%). Essa proporção diminui com a idade e aumenta com a escolaridade do indivíduo.

1.2.4 COMPLEXO PRODUTIVO E DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da política nacional de saúde, formulada no âmbito do SUS. Tem como finalidade contribuir para que o desenvolvimento nacional ocorra de forma sustentável com base na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País. Os objetivos principais são desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade.

O setor saúde constitui um espaço fundamental de desenvolvimento econômico e social em que atividades de pesquisa e desenvolvimento, produção e inovação e assistência geram oportunidades de investimento, emprego e renda, dinamizando a atividade econômica mediante o lançamento de diversos produtos e serviços utilizados para promover, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde. No Brasil atualmente, a saúde representa 8% do PIB, responde por 10% do emprego qualificado e por cerca de 30% de toda produção científica nacional.

Apesar do potencial econômico e científico em saúde, persiste o desafio de transformar o conhecimento em inovação e de efetivar a apropriação pela população dos frutos do progresso técnico-científico. O crescimento da produção científica em saúde ainda tem limites estruturais para a sua transformação em bens, serviços, tecnologias e conhecimentos absorvidos pela sociedade. Indicadores mostram dependência de tecnologias internacionais protegidas por patentes e déficit comercial, que supera US\$ 10 bilhões no complexo produtivo em seu conjunto, envolvendo medicamentos, fármacos, hemoderivados, vacinas, equipamentos e reagentes para diagnóstico.

É nesse contexto da perspectiva de transformar o conhecimento em riqueza social que o MS incorpora o conceito de complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde, cuja articulação busca contemplar os segmentos industriais de base química e biotecnológica (medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico) e de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos, materiais, próteses e órteses) e os segmentos prestadores de serviços (hospitais, ambulatorios e serviços diagnósticos). A saúde é, portanto, um grande exemplo dos desafios enfrentados pelo projeto nacional de desenvolvimento, ao integrar a dimensão econômica com a social. A PNCTIS, essencial à sustentabilidade do SUS, envolve três eixos temáticos articulados: **produção e inovação, pesquisa e desenvolvimento e regulação em saúde.**

O fomento à **produção e inovação** está direcionado ao parque produtivo nacional de equipamentos, materiais, fármacos e medicamentos, a partir das demandas em saúde e não apenas da oferta existente, visando ampliar o acesso e reduzir as vulnerabilidades do País em relação às oscilações do mercado internacional. No contexto mundial, é preciso definir o que o Brasil pode e deve produzir, considerando a sua capacidade tecnológica atual e potencial e as necessidades em saúde. A produção de farmoquímicos nacionais, por exemplo, apresenta grande potencial para fornecer os insumos necessários ao SUS e ser competitivo frente ao mercado internacional.

Para fortalecer o parque produtivo brasileiro e promover a redução da vulnerabilidade do SUS, o MS, juntamente com o GECIS (Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde), tem adotado uma série de iniciativas, como a aprovação de 20 parcerias que contemplam a produção de 25 produtos e representam R\$ 1,2 bilhão de compras anuais pelo Ministério da Saúde e devem gerar uma economia média de R\$ 250 milhões por ano. Quando da conclusão dos projetos, a previsão de economia de divisas é de US\$ 500 milhões/ano. Quatro novas parcerias estabelecidas em 2011 incluem laboratórios públicos, devendo gerar uma economia para o MS estimada em R\$ 140 milhões/ano. Outro exemplo que contribuiu para diminuir a vulnerabilidade do SUS em relação ao mercado internacional foi o lançamento do *kit* nacional para diagnóstico da influenza H1N1, tecnologia desenvolvida no Brasil que se mostrou mais eficiente e 55% mais barata do que os insumos importados usados até então.

No tocante à **pesquisa e desenvolvimento**, o fomento é essencial para integrar a política de produção e inovação em saúde com as necessidades do SUS. As informações e conhecimentos produzidos e sistematizados servem de base para a atualização dos temas prioritários e estratégicos da política, traduzindo as necessidades em saúde para o fomento à produção e inovação, assim como para a criação do marco regulatório sanitário e econômico. Esse fomento está baseado no alinhamento das agendas da produção nacional e de inovação em saúde com a agenda das necessidades do SUS. Esse alinhamento justifica o uso do poder de compra do Estado como instrumento importante para fortalecer a produção pública e nacional de insumos, equipamentos e materiais estratégicos para a saúde.

Outras iniciativas, como a criação de mecanismo que regule parte do financiamento à pesquisa e desenvolvimento, garantindo que o produto final responda às prioridades do SUS, por meio de ações regionalizadas de execução da PNCTIS, articulando agendas regionais com a agenda nacional de desenvolvimento. Para se alcançar estes objetivos são determinantes a articulação intra-MS e intergovernamental, fortalecendo a política de saúde como eixo estruturante da política de desenvolvimento do País e a integração dos agentes que participam do complexo produtivo em saúde no Brasil, fortalecendo os fóruns de articulação entre estes.

O fomento à produção de conhecimentos científicos tem como eixo norteador as Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS) e a participação de gestores das três esferas na sua condução, fundamental para colocar os problemas de saúde na pauta das investigações científicas. Um exemplo bem sucedido é a crescente participação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na gestão e no financiamento do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), implantado em todos os estados. O PPSUS visa reduzir as desigualdades regionais na produção de ciência, tecnologia e inovação em saúde, mediante desconcentração de recursos para favorecer a democratização do conhecimento e das atividades de pesquisa em todas as UF.

O MS é o coordenador nacional do programa e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia o responsável pelo gerenciamento administrativo. Na esfera estadual, estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa e as SES, responsáveis pelos editais. Entre 2002 e 2010, o MS fomentou 3.902 projetos de pesquisa e desenvolvimento – mediante o lançamento de editais nacionais, fomento descentralizado (PPSUS) e contratação direta –, envolvendo recursos da ordem de R\$ 982 milhões.

Quadro 2 – Projetos de pesquisa e desenvolvimento fomentados nos marcos da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde – Brasil – 2002 a 2010

Modalidade de Fomento	Fomento descentralizado (editais PPSUS)	Fomento nacional (editais nacionais)	Contratação direta	Total
Nº de editais/contratos	95	63	83	235
Nº de projetos	1.953	1.829	120	3.902
Total de recursos (R\$)	234.101.502,82	653.128.909,25	94.958.328,63	982.188.740,70

Fonte: <www.saude.gov.br/pesquisasaude>.

O campo da **regulação** é estratégico para o êxito da PNCTIS, pois marca diretamente as possibilidades de fomento à produção e inovação, o uso do poder de compra do Estado, a produção científica e o acesso. Abrange a proposição de novos mecanismos regulatórios e mudanças naqueles existentes para estabelecer um marco regulatório sanitário e econômico adequado e que fortaleça as estratégias dessa política. A regulação contribui para garantir que a política se integre efetivamente com as necessidades do SUS e de saúde da população. A regulação deve induzir os agentes envolvidos na política a utilizarem seus instrumentos.

O eixo da regulação está baseado na adequação e aperfeiçoamento do marco regulatório para incentivar a produção nacional de tecnologias em saúde prioritárias para o SUS, que estimule inovações, diminua custos e amplie o acesso e na coordenação de ações direcionadas à avaliação da incorporação e retirada de tecnologias em saúde, com base nos critérios de segurança, eficácia e eficiência em consonância com as linhas de cuidado estabelecidas e em articulação com os órgãos do MS e instâncias do SUS (tais ações têm como base a Lei nº 12.401/2011, que altera a Lei nº 8.080/90 e que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS).

Ainda no campo da regulação, é importante salientar a discussão da PNCTIS nas agências de regulação, estabelecendo um diálogo mais próximo. Além disso, as agências cuidam de aspectos que podem afetar direta ou indiretamente essa política, como é o caso da discussão tributária, da descentralização federativa e do uso do poder de compra do Estado.

Constituem importantes iniciativas o estabelecimento de estratégias de regulação da assistência farmacêutica, com proposta de novos mecanismos e otimização dos atuais, envolvendo políticas de preço, aquisições, propriedade intelectual e a ampliação do acesso e a elaboração de um marco regulatório e de protocolos visando a cooperação internacional entre os países do eixo sul-sul, aproveitando o potencial do complexo produtivo em ciência, tecnologia e inovação em saúde brasileiro, o qual pode garantir o acesso e induzir a produção e inovação em saúde no País, por exemplo, a isenção de taxas ou a taxação diferencial. Os procedimentos burocráticos também podem ser adequados para oferecer vantagens ao produtor nacional. O uso desse poder pode garantir grande economia de recursos com inovação tecnológica, destacando-se as parcerias para o desenvolvimento produtivo (R\$ 390 milhões/ano), a produção de vacinas (R\$ 500 milhões/ano) e os ganhos de eficiência (R\$ 300 milhões/ano), totalizando R\$ 1,2 bilhão/ano e com economia de divisas prevista para 2014/2015 na ordem de US\$ 635 milhões/ano.

No campo da regulação ainda, é preciso também destacar a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), parte integrante da PNCTIS, cuja finalidade é maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade. São atribuições do MS a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. Essas decisões devem necessariamente levar em consideração as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança das tecnologias, assim como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. A utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão de tecnologias em saúde, por meio da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), constitui uma das diretrizes da PNGTS. Entre 2004 e 2010, o MS produziu e fomentou 490 estudos de ATS, contribuindo assim para a incorporação de tecnologias seguras e efetivas no SUS, com base nas melhores evidências científicas disponíveis.

**ACESSO A
AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE**

1.3

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre os níveis de saúde da população e na gestão deste Sistema. **A expansão da atenção básica, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população, a redução da mortalidade infantil** são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

As informações precedentes permitem visualizar a extensão e complexidade desses desafios. Entre os desafios novos ou persistentes, destaca-se o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade, que se traduz na equidade a este acesso, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em **redes de atenção** que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado.

No elenco de questões estratégicas envolvidas nessa organização, figura a conformação de redes para a atenção dos diferentes segmentos populacionais, caracterizados por condições específicas e determinadas por diferentes causas, quer de natureza biológica, quer social, cultural, econômica. Esses segmentos são particularmente representados por **crianças, adolescentes e jovens, mulheres, idosos, trabalhadores, pessoas com deficiência, população prisional, adolescentes em conflito com a lei**. Como exemplos dessas condições podem ser citados a violência a que estão sujeitas crianças e mulheres, particularmente aquela que ocorre no âmbito doméstico e a sexual; a violência a idosos, sobre os quais também incidem com severidade as doenças crônicas; a mortalidade materna e as lacunas na assistência obstétrica, bem como na assistência neonatal; a gravidez na adolescência; as doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de álcool e drogas por adolescentes e jovens; os agravos relacionados aos processos e ambientes de trabalho; a incidência de doenças na população prisional decorrentes de diferentes fatores, como condições sanitárias no sistema prisional, entre outros.

Nesse contexto da complexidade do acesso às ações e serviços de saúde de qualidade, figuram igualmente populações cuja situação está intrinsecamente ligada ao nível socioeconômico e às relações sociais, de gênero, de raça, de etnia, de orientação sexual e de geração. A diversidade e heterogeneidade brasileira impõem a necessidade de novo enfoque a segmentos historicamente excluídos – como a **população negra, quilombolas, ciganos, população em situação de rua, população do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais** –, que contribua para a superação das iniquidades a que são submetidos. O enfrentamento das iniquidades em saúde dessas populações demanda ampla e sistemática articulação intersetorial – com vistas a implementação de políticas públicas integradas –, assim como a participação da sociedade civil, de modo a contribuir de forma efetiva para a sua inclusão.

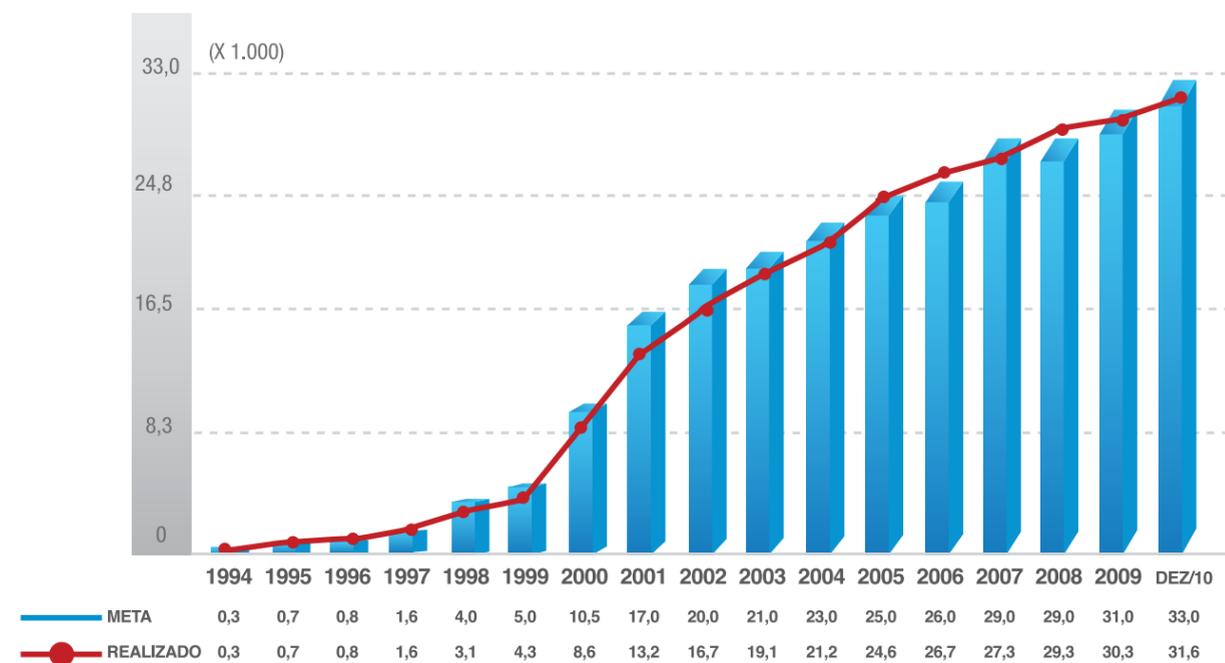
O País dispõe de um amplo conjunto de unidades e equipamentos de saúde, por meio dos quais é prestado um elenco diversificado de ações e serviços. Contudo, há grande desigualdade no acesso, resultante, entre outras, da concentração de serviços em determinadas regiões, bem como da carência ou mesmo inexistência em inúmeros municípios. O reordenamento e a implantação de ações e serviços de saúde, na conformidade das necessidades loco-regionais, configuram-se necessidades a serem priorizadas, tendo como diretriz a responsabilização do sistema pela continuidade das ações de promoção, prevenção, terapêutica e de reabilitação.

1.3.1 ATENÇÃO BÁSICA

A **Atenção Básica (AB)** vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com a proposta de constituir-se em ordenadora dos sistemas loco-regionais de saúde, quanto como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal. O reconhecimento nacional e internacional que o SUS tem conquistado com a AB justifica-se não só pela rapidez e escala da sua expansão de cobertura, como também pelos resultados associados ao modelo de organização deste nível de atenção: a **Estratégia Saúde da Família (ESF)**.

Em dezembro de 2010, a ESF estava presente em mais de 95% dos municípios, com um total de 31.736 equipes e uma cobertura estimada de 52% da população, priorizando as áreas mais pobres, onde as necessidades de saúde são maiores. Superado o desafio da aceitação e sustentabilidade dessa política, novos desafios se apresentam particularmente no que diz respeito à promoção da qualidade das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde à medida que ocorre a expansão da ESF, torna-se necessário existir essa qualificação das equipes, ao lado de fortes estratégias para ampliar a cobertura da população.

Gráfico 7 – Meta e evolução do número de equipes de saúde da família – Brasil – 1994 a 2010



Fonte: Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) e SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde).

A inclusão dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** nas equipes básicas de saúde amplia a capacidade de atuação no território. Atualmente, o Brasil conta com um contingente de 244 mil agentes, atuando em 97% dos municípios, tendo superado as metas de implantação desde 2008. Há muitos anos, acumulam-se evidências de que sistemas orientados pelos princípios da APS alcançam melhores resultados, maior satisfação dos usuários, maior equidade e menores custos (STARFIELD, 1994; BERMAN, 2000). A experiência brasileira tem ratificado essas conclusões.

Em 2008, para apoiar à inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde, foram criados os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, iniciativa muito bem recebida pelos municípios.

Os NASF devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, educadores físicos etc.), para apoio e parceria com os integrantes das ESF, com foco nas práticas nos territórios sob responsabilidade da equipe. Em pouco mais de dois anos, são 1.332 Nasf em funcionamento, que contribuem para a integralidade e a resolubilidade da APS.

Como resultado do programa “**Brasil Sorridente**”, observa-se aumento significativo no acesso da população à atenção odontológica, assim como uma melhoria das condições da **Saúde Bucal** da população. Segundo dados da PNAD, entre 2003-2008, a expansão do acesso foi 3,5 vezes maior (17,5 milhões de pessoas a mais) do que a observada nos cinco anos anteriores (entre 1998-2003, 5 milhões de pessoas a mais). O aumento no acesso foi mais significativo na faixa com renda familiar de até dois salários mínimos, particularmente nas regiões Norte e Nordeste.

Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), entre 2008 e 2009, houve um aumento de 7,7% na produção de procedimentos clínicos de saúde bucal, chegando a 78,8% de variação na região Norte, o que expressa um efeito significativo em termos de promoção de equidade no acesso. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2010) evidenciou uma queda de 26% na incidência de cárie aos 12 anos de idade no período 2003-2010, o que coloca o Brasil como país com baixa incidência desta doença, segundo classificação da OMS (CPO entre 1,2 e 2,6). Em sete anos (2003-2010), na população entre 35 e 44 anos de idade, houve um aumento de 70% no número de dentes tratados, e queda de 45% no número de dentes extraídos por cárie. Isso significa que a população adulta está tendo maior acesso ao tratamento da cárie, e menos dentes estão sendo extraídos devido a esta doença.

O sub-componente fluoretação da água do “Brasil Sorridente” destina-se à promoção da saúde bucal de forma abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor para prevenção e redução dos índices atuais de cárie dental. A fluoretação é um método recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional (FDI), a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia (ADR) e a OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As principais ações desse sub-componente foram realizadas a partir de 2005. Até o final de 2007, a fluoretação foi implantada em 603 sistemas de abastecimento de água em parceria com estados e municípios, beneficiando uma população de cerca de 5.568.601 habitantes.

Para a implementação da rede especializada de saúde bucal no Brasil, o Brasil Sorridente criou os **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. São serviços de referência para realizar procedimentos especializados, tais como: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais. O número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) cresceu 770% entre 2004 a setembro 2011. Atualmente, existem 870 CEO habilitados pelo Ministério da Saúde, com a maior concentração na Região Nordeste.

E diante da necessidade da população brasileira pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde passou, em 2005, a financiar a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). No Brasil, atualmente são 682 LRPD implantados.

1.3.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Ao lado da AB, a **Atenção Especializada em Saúde de Média e Alta Complexidade (MAC)** configura uma das faces mais visíveis e sintomáticas da atuação e desempenho do SUS. As ações de média complexidade, que visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais a prática depende da disponibilidade de profissionais especializados e do uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, tiveram, em 2010, em relação a 2007, um incremento de 12,52% e de 11,25%, respectivamente, nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Os serviços de alta complexidade (AC) são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é propiciar à população o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde. Esses serviços tiveram em 2010, em relação a 2007, um incremento de 23,56% e de 3,31%, respectivamente, nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. A série histórica mostra que houve incremento na oferta dos procedimentos, quer de média e de alta complexidade, quer hospitalares e ambulatoriais. Isso evidencia a tendência de crescimento com qualidade nas ações MAC.

Existe uma série de procedimentos complementares e essenciais que auxiliam na prevenção, no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, e que podem influenciar diretamente na inclusão destes usuários nos programas e políticas da atenção especializada, tais como as **consultas médicas especializadas e os procedimentos com finalidade diagnóstica**. Foram realizados em 2008, 2009 e 2010, respectivamente, 498.028.828, 545.076.555 e 598.655.537 consultas especializadas e procedimentos de diagnóstico laboratoriais (clínico e de anatomia patológica e citopatologia), medicina nuclear *in vivo* e métodos diagnósticos em especialidades.

Quadro 3 – Número de consultas médicas especializadas e de procedimentos de diagnose laboratoriais, medicina nuclear e métodos em especialidades, realizados em 2008, 2009 e 2010, por região

Região	Consultas médicas especializadas			Diagnóstico em laboratório clínico		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Norte	3.877.990	4.235.352	4.521.160	35.463.535	39.812.018	41.863.342
Nordeste	16.318.112	16.670.290	18.345.676	84.479.547	91.065.102	98.085.307
Sudeste	40.702.387	42.271.415	44.967.398	187.358.518	210.376.390	239.152.151
Sul	9.831.947	10.782.804	11.580.426	47.918.202	52.423.370	57.585.787
Centro-Oeste	4.532.089	4.996.683	5.605.174	28.194.199	32.444.350	34.511.982
BRASIL	75.262.525	78.956.544	85.019.834	383.414.001	426.121.230	471.198.569

Fonte: Datasus.

1.3.3 TRANSPLANTES

O Brasil possui **o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo**, com 467 estabelecimentos de saúde, contendo 748 serviços de transplantes nas diferentes modalidades e 1.047 equipes médicas autorizados pelo SNT – Sistema Nacional de Transplantes. Em 2010, registrou-se a maior taxa de doação de órgãos desde o advento de organização do SNT e do transplante no País: 21.040 transplantes, dos quais 5.360 foram de órgãos sólidos (coração, pulmão, fígado, pâncreas, rins). O SUS foi responsável pelo financiamento de 84% dos transplantes dos órgãos sólidos.

Quadro 4 – Comparativo de transplantes realizados no ano de 2009 e de 2010

Órgãos, tecidos e células	2009	2010	Crescimento (%)
Córnea	12.723	12.923	1,57%
Medula	1.531	1.695	10,71%
Coração	201	167	-16,92%
Rim falecido	2.532	2.946	16,35%
Rim vivo	1.727	1.714	-0,75%
Pulmão	59	60	1,69%
Fígado falecido	1.201	1.295	7,83%
Fígado vivo	121	109	-9,92%
Pâncreas/rim-pâncreas	158	131	-17,09%
Total	20.253	21.040	3,89%

Fonte: SAS/MS.

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 2010, foram realizados 3.305 procedimentos ambulatoriais pelo SUS na área de transplante de córnea, que envolveu um montante de recursos da ordem de R\$ 3,2 milhões. Em 2008, a Portaria nº 2.041 incluiu, na tabela de procedimentos do SUS, medicamento e órteses/próteses e materiais especiais (OPM), incentivo à captação de órgão efetivamente transplantado, exames para inclusão em lista de espera, coleta de medula óssea no Brasil, coleta e criopreservação de sangue e cordão umbilical placentário (SCUP), transporte de medula óssea e SCUP. Também reajustou os valores de transplantes de coração, fígado, pâncreas, pulmão e medula óssea.

Em 2009, novos procedimentos foram incluídos na tabela: entrevista familiar de doador com coração parado, avaliação do doador de órgãos e tecidos para transplantes, acompanhamento de pacientes no pré-transplante, retirada de tecido musculoesquelético e processamento. Também foram atualizados os valores pagos para procedimentos, como taxa de sala, retirada de coração, de fígado, de globo ocular uni/bilateral, de pâncreas, de pulmões, de rins, coordenação de sala, diária de UTI e entrevista com familiar de doador com morte encefálica (Brasil, 2009).

Em 2010 foram dados reajustes na tabela SUS para todas as modalidades de transplantes e foram criados importantes programas como os Planos de incentivo à criação de bancos de tecidos; de ampliação do número de leitos para transplantes de medula óssea; e o plano QUALIDOTT para garantir a capacitação dos profissionais envolvidos com o processo doação/transplante.

Particularmente no tocante ao Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), o Brasil ultrapassou os dois milhões, montante que o coloca como o terceiro maior banco de dados do gênero no mundo, atrás apenas dos registros dos Estados Unidos (cinco milhões de doadores) e da Alemanha (três milhões). O Redome evoluiu de 12 mil doadores inscritos, em 2000, para dois milhões ao final de 2010. Até junho de 2011, o REDOME já registrava 2.300.000 (dois milhões e trezentos mil) doadores cadastrados. Dos doadores identificados

no Brasil em 2000, apenas 10% foram brasileiros localizados no REDOME; em 2010, esse percentual ultrapassou os 70%. Em 2010, foram realizados um total de 1.695 transplantes de medula óssea, o que representou um aumento de aproximadamente 11% em relação a 2009. No primeiro semestre de 2011, foram realizados 1.015 transplantes de medula óssea pelo SUS.

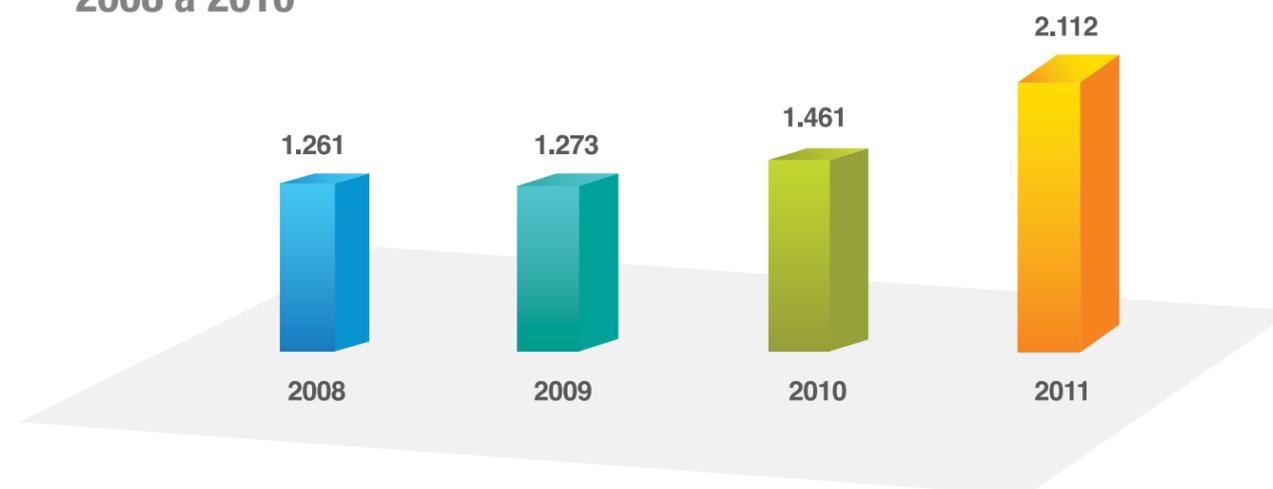
A rede nacional de bancos públicos de sangue de cordão umbilical e placentário para transplantes de células-tronco hematopoiéticas (BrasilCord) foi criada em 2004 (Portaria nº 2.381) com o objetivo de regulamentar o acesso, disponibilização e uso de células tronco hematopoiéticas e sangue de cordão umbilical e placentário, e de organizar uma rede pública nacional de bancos de sangue de cordão umbilical. Atualmente, compõem a rede BrasilCord 13 bancos de sangue de cordão umbilical e placentário.

1.3.4 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O aumento do número de acidentes, a violência urbana, o crescimento e o envelhecimento da população, demandam alto consumo dos serviços de urgência. A insuficiente estruturação da rede corrobora para o estrangulamento desses serviços. Nesse contexto, propõe-se que **Rede de Atenção às Urgências** seja composta pelos seguintes equipamentos:

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA), componente pré-hospitalar fixo, com estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar. Em conjunto a esses serviços, as UPA devem compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com vistas a garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e referenciá-los aos serviços que necessitam, de modo a possibilitar continuidade do tratamento.
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel. O SAMU foi desenvolvido com a finalidade de atender a população em casos de urgências com equipes de profissionais de saúde. Atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental. O serviço pode ser acionado através de chamada telefônica gratuita (192) para a Central de Regulação, onde é feito o diagnóstico da situação e definido o recurso necessário para este atendimento. Com a implementação do SAMU, está sendo reduzido o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro oportuno.

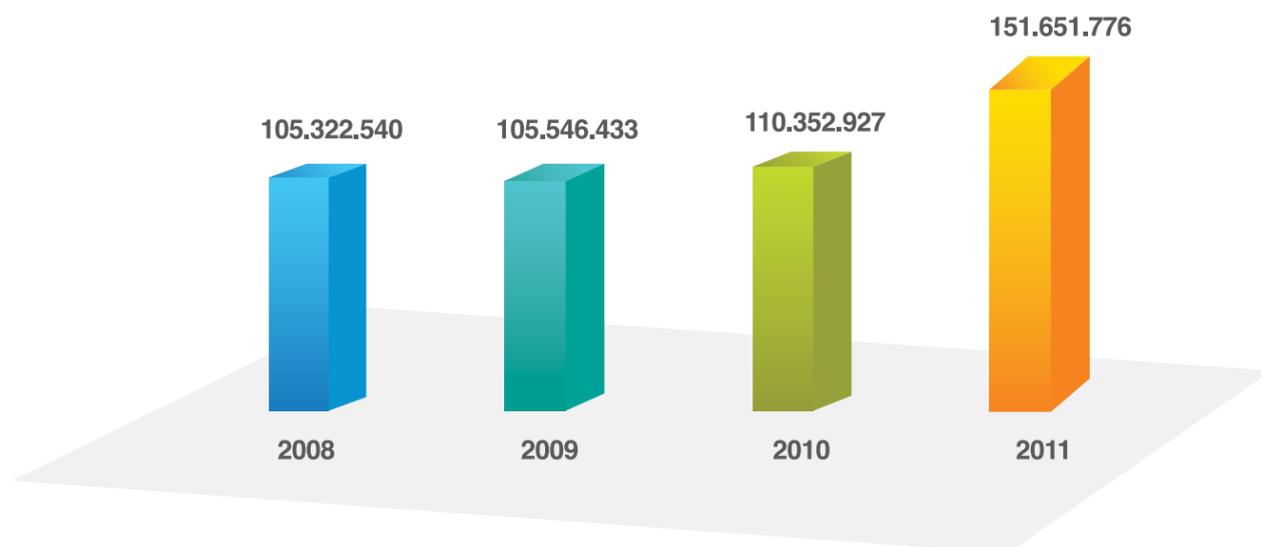
Gráfico 8 – Número de municípios cobertos pelo SAMU – Brasil – 2008 a 2010



Fonte: MS/Banco de dados da Coordenação Geral de Urgência e Emergência.

Em termos de cobertura populacional, houve um crescimento de 105,3 milhões, em 2008, para 110,3 milhões, em 2010 (57,63% da população).

Gráfico 9 – Número da população coberta pelo SAMU – Brasil – 2008 a 2010



Fonte: MS/Banco de dados da Coordenação Geral de Urgência e Emergência.

Para permitir a manutenção do serviço, foram habilitadas 1.667 ambulâncias entre 2004 e 2010. Do total de ambulâncias habilitadas, 360 unidades são de suporte avançado (equivalente a uma UTI móvel) e 1.307 unidades de suporte básico (veículos compostos apenas por oxímetro, desfibrilador externo automático e aspirador), além das 591 ambulâncias distribuídas como reserva técnica e renovação de frota. Considerando as particularidades de algumas regiões, essa frota foi reforçada por sete ambulâncias (lanchas prontas para socorro médico) e quatro helicópteros.

1.3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O MS mantém o programa de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, voltado a garantir a oferta destes produtos na rede de serviços do SUS. No período 2003-2010, os gastos com **medicamentos** passaram de 5,8% no orçamento do MS, para 12,5% (R\$ 1,9 bilhão, em 2003, e R\$ 6,98 bilhões em 2010). Esse incremento possibilitou ampliar a lista de medicamentos adquiridos diretamente pelo MS; aumentar o repasse para assistência farmacêutica básica (R\$ 1,00, em 1999, para R\$ 5,10 em 2010); estender o elenco de medicamentos disponibilizados; e assegurar o acesso aos medicamentos dos programas estratégicos. Permitiu também a implantação do programa **“Farmácia Popular do Brasil”** (FPB), que viabiliza o acesso da população a medicamentos em duas modalidades – rede própria e parceria com farmácias e drogarias privadas – **“Aqui Tem Farmácia Popular”** –, visando assegurar o menor preço ao usuário e diminuir, assim, o impacto no orçamento familiar.

Em termos de financiamento, o programa de assistência farmacêutica e insumos estratégicos está estruturado em: (i) componente básico da assistência farmacêutica; (ii) componente estratégico da assistência farmacêutica; e (iii) componente especializado da assistência farmacêutica (Portarias GM/MS nº 204/2007 e nº 2.891/2009).

O primeiro componente visa o financiamento no âmbito da Atenção Básica, mediante transferência de recursos a estados e municípios, além do custeio direto pelo MS das insulinas para tratamento dos portadores de diabetes, que é adquirida e distribuída às SES (em 2010, foram distribuídos aos almoxarifados estaduais de medicamentos cerca de 14,65 milhões de frascos). Os recursos federais para essa assistência correspondem a R\$ 5,10 habitante/ano, sendo que 80% do recurso é transferido diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e 20% aos Fundos Estaduais de Saúde (FES). Os recursos transferidos devem ser aplicados no custeio das despesas com medicamentos constantes do elenco de referência nacional. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das farmácias do SUS e na qualificação dos serviços farmacêuticos.

No segundo componente, estão os **programas de saúde estratégicos**, referentes a agravos e doenças de impacto na saúde pública, cujo controle e tratamento possuam protocolo e normas estabelecidas (controle da tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras de abrangência nacional ou regional; DST/Aids; doenças hematológicas e hemoderivados; e imunobiológicos). Desde 2007, os medicamentos e insumos para o combate ao tabagismo e para as ações no âmbito da alimentação e nutrição passaram a integrar esse eixo de financiamento.

O componente especializado da assistência farmacêutica regulamentado pela Portaria nº 2.981/2009, substituiu, em março de 2010, o antigo componente medicamentos de dispensação excepcional. É uma estratégia de acesso no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo MS. Houve ampliação significativa no número de medicamentos nesse contexto: de 101 fármacos em 226 apresentações, em 2002, para 149 fármacos em 321 apresentações, em 2010.

O Brasil possui uma rede de laboratórios farmacêuticos, cuja finalidade é prover medicamentos ao SUS em todos os níveis da atenção. De acordo com a política nacional de medicamentos, a capacidade instalada desses laboratórios deve ser preferencialmente utilizada para atender às necessidades de interesse em saúde pública. Atualmente, dos 18 laboratórios farmacêuticos oficiais existentes no País, 10 fornecem 33 medicamentos de um total de 80. Alinhado a essa política, encontra-se em fase de construção a planta industrial destinada à busca nacional de auto-suficiência brasileira em medicamentos hemoderivados, cujos custos de aquisição hoje giram em torno de R\$ 750 milhões, assumidos pelas esferas públicas e privadas.

Criado em 2004, o programa **Farmácia Popular do Brasil** (FPB) visa ampliar o acesso gratuito aos medicamentos. Por intermédio das unidades próprias e de parceria com municípios e estados, esses produtos são dispensados a preço de custo ao cidadão. O FPB atende a toda a população e é dirigido, sobretudo, às pessoas que não têm condições de custear o medicamento de que necessitam e, por isso, muitas vezes interrompem o tratamento. Pesquisa do IBGE revela que as participações nas despesas com saúde foram similares nas faixas de renda até R\$ 830,00 e superior a R\$ 10.375,00 (5,5% e 5,6%, respectivamente). Contudo, a composição desses gastos difere bastante. Para a classe até R\$ 830,00, os remédios pesam 4,2% (correspondem a 76,4% do dispêndio com saúde). A participação do gasto para a classe oposta é de 1,9%. (Pesquisa de Orçamentos Familiares/2008-2009 – Despesas, rendimento e condições de vida/IBGE).

O elenco de medicamentos do FPB foi definido mediante critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Atualmente, é composto por 107 itens, incluindo o preservativo masculino. São medicamentos da AB que atendem cerca de 80% das doenças que atingem a população, indicados para hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses, osteoporose, anticoncepcionais, doença de Parkinson, colesterol, além daqueles para os quadros de cólicas, enxaquecas, queimaduras e inflamações. Desde a implantação do FPB, tem aumentado o número de farmácias próprias (de 27, em 2004, para 545, em 2011).

O programa “**Aqui Tem Farmácia Popular**” é a expansão do FPB, instituído em março de 2006, que o efetivou na rede privada de farmácias e drogarias. Inicialmente, contava com medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes, além dos contraceptivos. O “Aqui Tem Farmácia Popular” conta com um elenco de 24 medicamentos, em centenas de apresentações, mais a fralda geriátrica. O governo federal paga uma parte do valor do medicamento e o cidadão o restante, exceto aqueles destinados ao tratamento de hipertensão e diabetes, que são gratuitos.

Em fevereiro de 2011, foi lançada a campanha “**Saúde Não Tem Preço**”, que disponibiliza, gratuitamente, medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui tem farmácia popular”. Também são vendidos medicamentos para o tratamento de dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além dos contraceptivos e fraldas geriátricas, disponíveis nas farmácias privadas cadastradas no programa, com preços até 90% menores daqueles cobrados nos estabelecimentos privados não-cadastrados.

A **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** (Decreto nº 5.813/2006) configura-se parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social. As ações decorrentes dessa política, constantes do programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, são imprescindíveis para a melhoria do acesso da população a outras opções terapêuticas e melhoria de atenção aos usuários do SUS; o uso sustentável da biodiversidade brasileira; a valorização e a preservação do conhecimento tradicional das comunidades e povos; o fortalecimento da agricultura familiar; o crescimento com geração de emprego e renda; o desenvolvimento tecnológico e industrial; e a participação popular.

No seu âmbito de atuação, o MS tem implementado ações estruturantes, como o financiamento de fitoterápicos, com contrapartida municipal e estadual. Em 2007, apenas dois produtos constavam do elenco de referência nacional do componente básico da assistência farmacêutica. Atualmente, são oito (todos industrializados, portanto com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa, eficácia e segurança comprovadas). Em 2009, o MS editou a relação de plantas medicinais de interesse do SUS, para orientar estudos de 71 espécies vegetais e, em 2010, criou a comissão técnica e multidisciplinar de elaboração e atualização da referida relação. Instituiu ainda a “Farmácia Viva” no SUS, e tem realizado ações de capacitação de gestores e profissionais de saúde.

1.3.6 SAÚDE MENTAL

Estima-se que cerca de 3% da população mundial, 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 política nacional de saúde mental (PNSM) avançou significativamente na superação do modelo hospitalocêntrico, que caracterizou esta atenção no Brasil, sobretudo a partir da Lei nº 10.216/2001. No período de 2004-2007, foi construída uma rede aberta de atenção à saúde mental, com 1.143 **Centros de Atenção Psicossocial** (CAPS) 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 de forma relevante 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.

A PNSM obteve, no período 2008-2010, avanços importantes, dando sequência às conquistas originadas no início da década passada. Seja por meio da ampliação dos recursos assistenciais existentes, seja pela diversificação das estratégias utilizadas, a rede pública de saúde mental tem consolidado a resposta brasileira a essa questão de grande magnitude epidemiológica. Desafios relacionados ao aumento do consumo de drogas, como o crack, e de suas consequências, também foram incluídos como prioridade. A atenção em saúde mental tem se caracterizado pelo crescente fortalecimento das estratégias territoriais e comunitárias como fundamento central, o que encontra equivalente nas curvas inversamente proporcionais do financiamento dos componentes extra-hospitalares (em ascensão) e hospitalares (em queda).

Embora se observe ainda lacunas na cobertura de serviços de saúde mental em algumas regiões do País, houve aumento de 40% no número de CAPS entre 2008 e março de 2011. Tal ampliação significa que, atualmente, 66% da população brasileira tem cobertura de serviços desse tipo. Essa expansão de CAPS está acompanhada do crescimento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa” (incentivo financeiro de apoio à reinserção familiar e social dos egressos de prolongadas instituições psiquiátricas). Em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi enfatizada recomendação de incluir um profissional de saúde mental para contribuir no trabalho das ESF. No final de 2010, os profissionais de saúde mental representavam 31% do contingente total dos trabalhadores de Nasf, significando potente inserção de ações de saúde mental na atenção primária.

Em relação ao componente hospitalar, houve redução de 5.235 leitos em hospitais psiquiátricos. Aliado à redução absoluta de leitos, manteve-se a mudança do perfil geral dos hospitais psiquiátricos e 48,7% deles são atualmente de pequeno porte (menos de 160 leitos).

Em 2009, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Esse plano potencializou a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad, de leitos hospitalares e de estratégias de articulação intersetorial. Estimulou também a criação dos consultórios de rua, com o objetivo de atender demandas de populações sem domicílio, que usam crack.

No ano seguinte, tendo em vista as questões relacionadas ao crack, lançou-se o plano integrado de enfrentamento desta e outras drogas. Um estudo realizado pelo Cebrid em 2005 revelou que 0,7% das pessoas entrevistadas havia usado crack pelo menos uma vez na vida (cerca de 381 mil pessoas), 0,1% havia usado crack no último ano e 0,1% havia usado crack no último mês. O MS estima que atualmente esse número chegue a 600 mil pessoas.

Dentro do plano integrado de enfrentamento do crack e outras drogas, o componente da saúde consiste em aprofundar as ações em desenvolvimento e a continuidade da diversificação dos serviços e medidas de saúde relacionadas ao consumo desta droga, entre as quais: a criação de CAPSad 24 horas e de casas de acolhimento transitório; a habilitação e financiamento diferenciado para leitos em hospitais gerais; o apoio a comunidades terapêuticas para ampliar o número de leitos de retaguarda; e o apoio à implantação de escolas de redução de danos e também dos Centros Regionais de Referência para formação de profissionais de saúde.

1.3.7 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

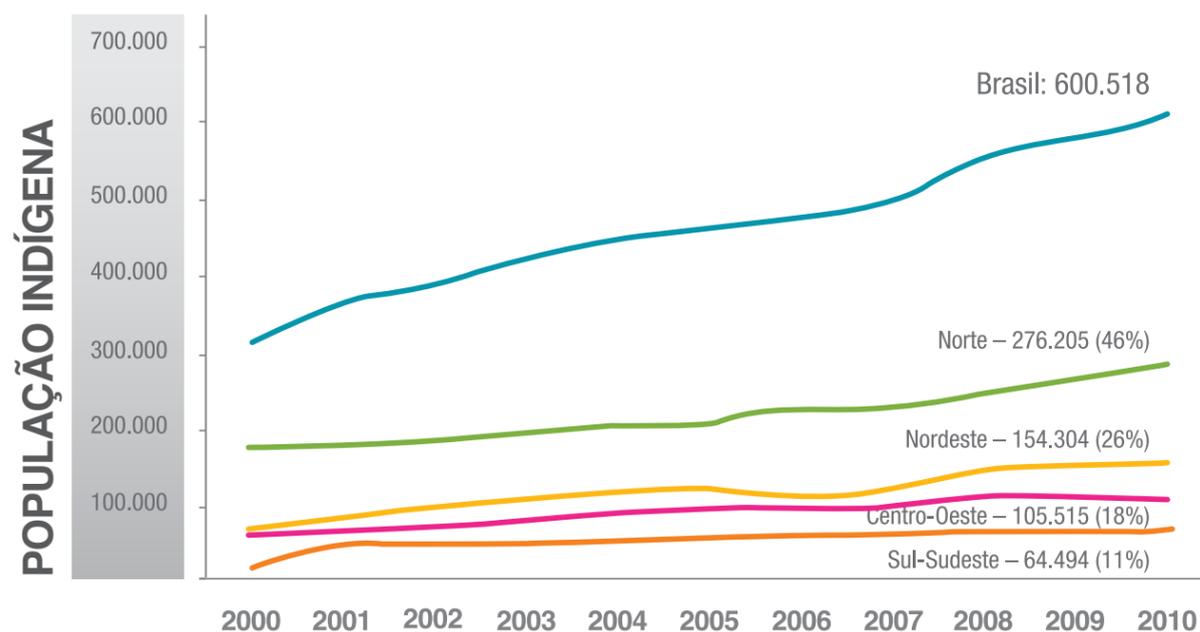
O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado como componente do SUS pela Lei nº 9.836/1999, voltado à construção de um modelo integrado e articulado à rede pública para ações de atenção a **população indígena**. Para tanto, estabeleceu um modelo organizacional de serviços denominado Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que são unidades técnico-administrativas descentralizadas e distribuídas em territórios geográficos.

Cada um dos 34 DSEI conta com polos-base (num total de 346), a maioria próxima às comunidades indígenas. Esses polos funcionam como apoio às equipes multiprofissionais de saúde indígena na prestação de assistência às aldeias sob sua abrangência, articulando as ações com os agentes indígenas de saúde que nelas residem. Prestam assistência no acompanhamento, supervisão e remoção de casos de maior complexidade aos centros de referência do SUS.

Além das unidades de referência do SUS, existem no subsistema de atenção à saúde indígena as Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), localizadas em municípios de referência, que estão sendo readaptadas, de modo a facilitar o acesso da população de um ou mais de um Dsei ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de suporte entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Em 2010, foram cadastrados no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) 600.518 índios que habitam principalmente as 4.708 aldeias, dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas. Segundo o Siasi, nas regiões Norte e Centro-Oeste reside 64% da população indígena, em 98% das terras indígenas. Nas demais regiões, localizam-se apenas 2% dessas terras legalizadas e em processo de legalização (36% da população indígena). A distribuição dessa população por regiões foi de 46,0% na região Norte, 25,7% na Nordeste, 17,6% na Centro-Oeste e 10,7% nas regiões Sul e Sudeste (Gráfico 8).

Gráfico 10 – Série histórica do crescimento populacional indígena por região – Brasil – 2000 a 2010



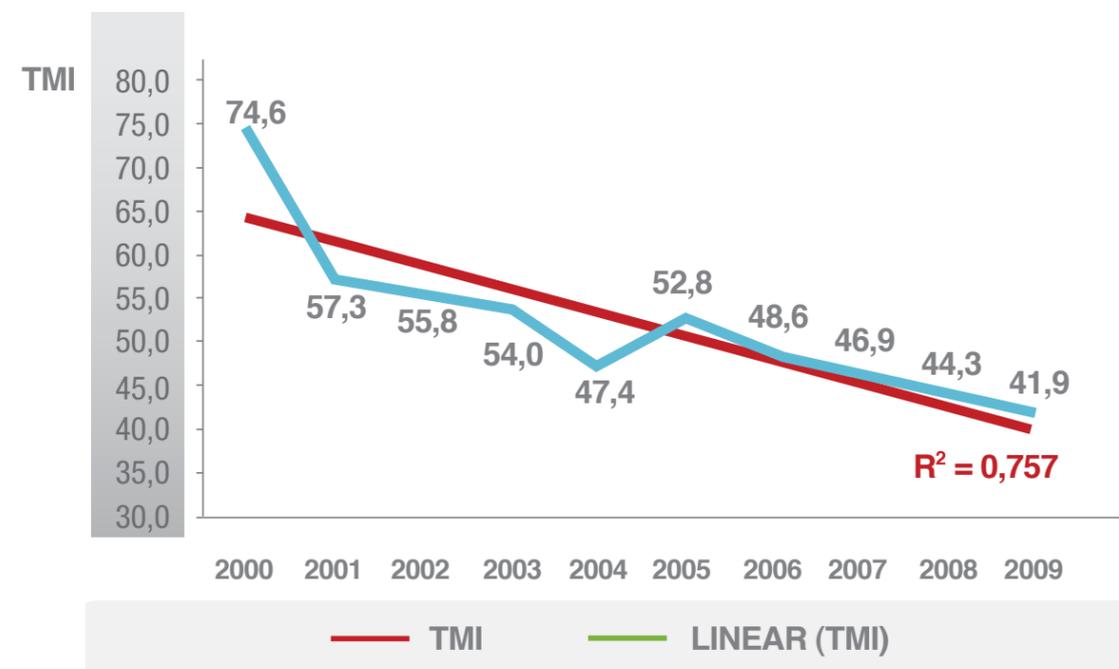
Fonte: Siasi/2010.

No tocante à **situação epidemiológica**, assinala-se o registro de 1.176 casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em 2009 e 2.504 em 2010. Segundo o monitoramento da saúde indígena, até julho de 2010, haviam sido vacinados em todo o País cerca de 495 mil indígenas aldeados (cobertura vacinal de 89,4%, superando a meta de 80%). Nos 24 estados com populações indígenas, foi alcançada a meta: em 12 (50%) a cobertura ficou entre 80% e 90% e nos outros foi superior a 90%.

O perfil do estado nutricional das crianças no âmbito nacional, traçado pelos dados do Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN) Indígena, mostra que 13,2% dos menores de cinco anos apresentam baixo peso para a idade (NCHS, 1977), considerada como população de média gravidade segundo critérios da OMS. Os dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição ratificam situação de insegurança alimentar e nutricional desses povos: mais de 26% dos menores de cinco anos de idade apresentam déficit de peso/estatura crônico (padrão OMS, 2006). As informações disponíveis revelam situação nutricional desigual em relação aos dados da população geral, com elevadas prevalências de desnutrição entre crianças e a presença de obesidade, hipertensão e diabetes entre adultos.

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. Entre 2000 e 2009, foram registrados 6.745 óbitos de menores de um ano de idade. Nesse período, a TMI indígena apresentou queda significativa: passou de 74,6 por mil nascidos vivos/NV para 41,9 por mil NV no fim do período (Gráfico 9), uma redução 43,8% nessa taxa.

Gráfico 11 – Taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena – Brasil – 2000 a 2009



Fonte: Funasa/Desai.

A população indígena possui calendário diferenciado de vacinação no qual constam atualmente 14 imunobiológicos.

Apesar da complexidade para a realização das ações de imunização nas áreas indígenas, principalmente naquelas de difícil acesso geográfico, as análises mostram um aumento a cada ano das coberturas vacinais. Os dados de cobertura vacinal são sempre acumulados, sendo computados até o ano em estudo, razão pela qual foram selecionados três anos (2000, 2005 e 2010), para a representação da evolução das coberturas ao longo da implantação do Subsistema de Saúde Indígena. Em relação às novas vacinas introduzidas no calendário de vacinação indígena – Vorh (vacina oral de rotavírus humano) e pentavalente (vacinas contra a difteria, tétano, pertusis, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) –, observa-se que apresentam os menores percentuais de cobertura.

Quanto à **malária**, em 2007, registrou-se o maior número de casos positivos na população indígena: 34.393. Em 2008, houve redução de 13,5% no total de casos positivos; 6,9% no total de casos de malária por P.vivax; No caso da malária grave, a redução atingiu 33,2%. Para a população indígena, são usados testes rápidos para diagnóstico de malária desde 2009, que não necessitam de profissionais com habilitação técnica para manuseá-los, são de fácil interpretação, dispensam o uso de equipamentos e possuem boa sensibilidade no diagnóstico. Dos 22 Dsei que registraram casos positivos em 2009, 10 reduziram em média 12,6% o número de notificações.

As ações de controle das **doenças sexualmente transmissíveis e Aids (DST/Aids)** e hepatites virais vêm sendo desenvolvidas em parceria com estados, municípios, universidades e entidades conveniadas. Segundo o Sinan, registrou-se 401 casos de Aids em população indígena de 2000 a 2008. Os casos novos notificados em 2008 na população indígena foram: Aids (cinco casos); gestantes com HIV (quatro casos); gestantes com sífilis (109 casos); e sífilis congênita (53 casos), constituindo-se alta prioridade.

A atenção em **saúde bucal** realizada nos DSEI é focada na incorporação de procedimentos coletivos (prevenção e educação em saúde) e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos, no controle de infecção intrabucal, na ação integrada com as outras áreas e no uso de outros espaços sociais para a realização de ações coletivas, na utilização da epidemiologia e na mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo. Nas atividades coletivas, a oferta de escovas e cremes dentais fluoretados às populações indígenas é atividade prioritária, incluindo a escovação dental supervisionada. Em 2009, a ação alcançou cobertura de 58,3%. O conceito de consulta odontológica programática passou a ser utilizado por todos os DSEI a partir de 2009, ano em que a cobertura alcançou 11,9%. Em 2010, dados parciais (janeiro a julho) do SIASI-saúde bucal indicam cobertura dessa consulta de 18,3%, o que significa que cerca de 108 mil indígenas em todo o País tiveram acesso aos serviços de atenção odontológica naquele ano.

As ações de **saneamento em terras indígenas** são realizadas considerando critérios epidemiológicos, sanitários, ambientais e socioculturais. As doenças transmitidas pela água contaminada figuram entre as principais causas de mortalidade infantil nessas comunidades e podem ser prevenidas por meio da implantação de serviços de saneamento básico, principalmente do abastecimento de água potável, do destino adequado de efluentes e do manejo de resíduos sólidos. Atualmente, a cobertura de abastecimento de água é de 64,3% da população indígena e 39,0 % das aldeias, estando os cenários mais deficitários concentrados na região Norte. Esse quadro é explicado em função de variáveis tais como maior contingente demográfico e maiores dificuldades de acesso a infraestrutura básica, além dos custos logísticos.

A população de **mulheres indígenas em idade fértil** (entre 10 e 49 anos de idade), em 2010, era de 177.748. As prioridades de atenção à saúde da mulher vêm sendo focadas no controle do pré-natal, parto e puerpério; prevenção do câncer de colo de útero e de mama; prevenção das DST/HIV/Aids; atenção em planejamento reprodutivo e valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, como as parteiras. Embora os povos indígenas possuam sistemas próprios de parto, e em muitas regiões do País o parto ocorra na aldeia, os hospitais de referência recebem incentivo para a atenção especializada aos povos indígenas para que as especificidades, como alimentação, parto em posição escolhida, direito a acompanhante/cuidador tradicional, utilização de redes, entre outros, sejam garantidos em caso de parto hospitalar.

Dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, coletados no período de 2008 e 2009, indicam, com base na amostra de mães com filho vivo menor de 60 meses, que a média de consultas foi de 4,65 por mulher, sendo observadas diferenças regionais, variando de 2,9 consultas na região Norte a 5,29 na Nordeste. Em relação à primeira consulta do pré-natal, 46,2% fizeram no primeiro trimestre de gravidez, conforme recomendado pelo MS, seguido de 45,1% das consultas iniciadas no segundo trimestre e 8,7% no terceiro trimestre.

1.3.8 REGULAÇÃO E CONTROLE DO SISTEMA DE SAÚDE

No âmbito do SUS, as ações desenvolvidas pelo MS visam aperfeiçoar, aplicar e disponibilizar às demais esferas de gestão as metodologias e atividades, inclusive com alocação de recursos financeiros, para a adequação das práticas de regulação, controle e avaliação de serviços e sistemas em todas as UF. Uma das medidas adotadas pelo MS para essa adequação é o fomento à implantação de complexos reguladores em estados e municípios. Em 2010, o investimento correspondeu a mais de R\$ 41 milhões para apoiar os estados e municípios na implantação desses complexos e na informatização das unidades de saúde (até esse ano, foram implantados 166 complexos reguladores e informatizadas 19.238 unidades de saúde).

Na **regulação e avaliação** das ações e serviços do SUS, é utilizado um conjunto de sistemas informatizados, entre os quais o do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual vem passando por aprimoramento visando ampliar o controle; de informação ambulatorial (SIA) dos atendimentos SUS; de informação hospitalar descentralizado (SIHD) dos atendimentos SUS; de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses/próteses e materiais especiais do SUS (SIGTAP); de informação da programação pactuada e integrada (SISPPI); da média e alta complexidade (SISMAC); da central nacional de regulação de alta complexidade, que regula o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade; de informações (SISREG) *on-line* para o gerenciamento e operação das centrais de regulação; o do programa nacional de avaliação de serviços de saúde (SIPNASS).

De outra parte, a **assistência suplementar** cobre 60,1 milhões de beneficiários de planos privados de saúde (79% atendidos por planos coletivos e 21% por individuais). Em 2010, a taxa de crescimento do setor alcançou níveis expressivos (8,7%). Atualmente, a maioria dos planos (85%) é posterior à implantação do marco regulatório, estabelecido em 1998. A taxa de cobertura dos planos apresenta forte variação, decorrente da heterogênea disposição regional, econômica e geopolítica. O perfil demográfico tem maior proporção de idosos do que a população geral (2,2%).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 (Lei nº 9.961) e responsável pela regulação do setor, tem conseguido ampliar a sua participação como mediadora ativa de conflitos entre beneficiários e operadoras, em que preconiza a harmonização de interesse nas relações de consumo. Alcançou também a priorização de postura captadora de tendências e indutora de práticas, mediante programa cujas diretrizes são (i) incremento do número de operadoras fiscalizadas; (ii) maior representatividade das operadoras fiscalizadas em relação ao conjunto de consumidores do setor; (iii) roteiro de trabalho objetivo para a fiscalização técnico-assistencial.

Entre as necessidades do setor, estão: a construção de um modelo nacional que otimize os recursos dos setores público e privado de saúde e que harmonize a sua atuação; o alcance de maiores patamares de sustentabilidade econômico-financeira; a construção de novo modelo de gestão de risco; o aprimoramento da governança corporativa das operadoras; a adequação do equilíbrio financeiro-atuarial dos planos às demandas assistenciais dos idosos; o desenvolvimento de metodologia de reajuste de planos individuais, baseada nas diferenças regionais; e a valorização do desempenho assistencial das operadoras. O envelhecimento populacional e o estudo de alternativas de modelos de financiamento que garantam a continuidade do benefício são igualmente questões estratégicas na organização e qualificação do sistema de saúde suplementar.

São observadas ainda limitações na divulgação de informação organizada ao cidadão na oferta de planos de saúde e no acesso aos serviços para a escolha e a entrega com qualidade do produto contratado. Acrescem-se ainda mecanismos de percepção das necessidades de saúde dos beneficiários, bem como sua produção e organização, de forma a efetivamente ampliar o poder de escolha. De outra parte, o modelo assistencial não é pautado pela

estratégia da linha de cuidado na atenção à saúde. Isso requer a criação de mais incentivos para estimular o cuidado continuado, privilegiando um modelo de remuneração comprometido com a qualidade assistencial.

1.3.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A necessidade de respostas às exigências sociais e políticas geradas pela expansão do mercado de consumo e a diversificação dos produtos e serviços ofertados tornam as práticas de vigilância sanitária fundamentais à prevenção e eliminação de riscos e à proteção da saúde da população. Nesse contexto, diante dos desafios do SUS e aqueles decorrentes da velocidade das inovações tecnológicas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, criada em 1999 (lei nº 9.782), adota sucessivos movimentos de revisão de suas práticas e busca o aperfeiçoamento do processo de regulação de produtos e serviços (como medicamentos, alimentos, saneantes, estabelecimentos de saúde, entre outros).

Na coordenação do SNVS, por extensão, é priorizada a descentralização de ações para estados e municípios, fomentando a pactuação e financiamento, cujo volume de recursos repassados a estados e municípios, em 2010, foi da ordem de R\$ 220,07 milhões. Já a regulação sanitária envolve um conjunto de processos inerentes a procedimentos de produção, estocagem, comercialização e distribuição de bens e serviços, sendo exemplos a regulamentação; autorização de funcionamento (AFE) para empresas; concessão de certificado de boas práticas de fabricação; autorização de importação e exportação de produtos sob vigilância sanitária; regulação de preços de medicamentos; e habilitação de laboratórios de saúde pública.

Além de instrumento na prevenção de riscos à saúde, a regulamentação contribui para o desenvolvimento econômico e social mediante o equilíbrio da relação entre governo, produção e consumo. A melhoria do processo de regulamentação está alinhado ao programa de fortalecimento da capacidade institucional para a gestão em regulação – coordenado pela Casa Civil da Presidência da República – e às políticas setoriais. Observa-se tendência de queda no número de regulamentações emitidas: de 355 e 357, em 2002 e 2003, respectivamente, para 94, em 2007, e 77 em 2010.

Nas ações relativas à concessão de registro e de pós-registro de medicamentos, é priorizada a análise de petições, baseada em critérios de relevância e interesse público, com vistas a assegurar o acesso da população a estes produtos e evitar o desabastecimento da rede pública e do mercado nacional. Atualmente, 92,6% das petições priorizadas têm sua análise iniciada dentro dos prazos estabelecidos. Nesse contexto, verifica-se a necessidade de redução do tempo de análise de petições de registro de medicamentos e de outros produtos estratégicos produzidos por laboratórios oficiais e daqueles oriundos da parceria com laboratórios privados, visando contribuir para a melhoria do acesso e garantir a necessária segurança e qualidade.

O estímulo ao mercado de medicamentos genéricos proporcionou um salto no registro deste tipo de produto: de 140, em 2000, para mais de três mil em 2010, abrangendo mais de 16 mil apresentações e 350 fármacos diferentes. O País conta com 3.018 medicamentos genéricos registrados e 16.691 apresentações comerciais destes produtos. Em 2010, na área de medicamentos, foram realizadas 333 inspeções em plantas de indústrias no Brasil e 218 no Exterior, emitidos 721 certificados de boas práticas de fabricação a empresas nacionais e internacionais e concedidos registros para 71 medicamentos novos, 174 para genéricos, 95 para similares, 51 para fitoterápicos e homeopáticos. Foram feitas inspeções para a concessão, alteração e renovação de AFE para 4.446 empresas de produtos para a saúde, cosméticos e saneantes, 48.667 farmácias e 2.925 indústrias de medicamentos e insumos.

Nas ações de regulação de preços, o conhecimento dos valores máximos permitidos é importante no monitoramento

de mercado e na regulação econômica do setor farmacêutico, garantindo informações atualizadas quanto aos custos de novas apresentações – em conformidade com a legislação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – e propiciando maior transparência aos consumidores, gestores de saúde, órgãos de fiscalização e controle e setor regulado. O MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde usam a lista para disciplinar e uniformizar as compras públicas, reduzindo assim os custos.

O controle sanitário engloba processos referentes ao exame e cumprimento da legislação relativa aos produtos e serviços, mediante inspeção, fiscalização e a aplicação de penalidades. No âmbito da propaganda de alimentos, foram estabelecidas novas regras para a publicidade e a promoção comercial de bebidas com baixo teor nutricional e de alimentos com elevadas quantidades de açúcar, de gordura saturada ou trans e de sódio. No tocante à propaganda de produtos e serviços do interesse da saúde pública foram emitidos, em 2010, autos de infração por irregularidade sanitária a 1.283 veiculações, suspensão de 30 veiculações e analisados 223 processos com sentença deferida, com o recolhimento de R\$ 10,3 milhões de multas aplicadas.

Em portos, aeroportos e fronteiras foram feitas 70.746 inspeções, em 2010, o que exigiu a implantação de um sistema de gestão de riscos, que acompanha, em tempo real, as inspeções sanitárias e fiscais a bordo de embarcações e aeronaves internacionais que chegam ao Brasil. Isso possibilita um diagnóstico preciso da situação sanitária e dos riscos à saúde pública nos principais pontos de entrada no País. Os equipamentos eletrônicos dos postos de vigilância sanitária nessas áreas recebem e enviam roteiros de inspeção padronizados para todo o território nacional. Em casos de emergência em saúde pública, por exemplo, essas informações viabilizam a adoção imediata de intervenções nos locais em que há maior risco.

A rapidez na incorporação de novas tecnologias tem demonstrado a necessidade de fortalecer a vigilância pós-uso/pós-comercialização, por meio da vigilância de eventos adversos e de queixas técnicas de produtos. Incluem-se, nesse contexto, o monitoramento do uso e a utilização de métodos epidemiológicos para análise. A rede de serviços sentinela atua como principal fonte de informações sobre comportamento de uso de produtos. Atualmente, 90% dos óbitos associados ao uso de produtos para a saúde têm o processo de investigação desencadeado em até cinco dias da notificação e 78% de óbitos decorrentes do uso de medicamentos em até cinco dias.

**GESTÃO
EM SAÚDE**

1.4

A efetividade da gestão do SUS configura-se condição básica para o atendimento das necessidades de saúde da população. Orientada pelas diretrizes constitucionais da descentralização – com direção única em cada esfera de governo –, do atendimento integral que o Sistema deve prestar e da participação social, a gestão em saúde é um desafio que demanda permanente aperfeiçoamento tanto dos processos de organização e operação, quanto da eficiência na captação e aplicação de recursos – de diferentes naturezas – disponíveis. No conjunto desses meios e recursos, estão as questões relativas à gestão de pessoas, ao planejamento, ao financiamento, à articulação entre as esferas de governo – relação federativa –, à participação e ao controle social e à cooperação internacional. Alguns dos aspectos essenciais dessas questões são objeto da breve descrição a seguir.

1.4.1 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Um dos grandes desafios que envolvem as três esferas de governo é a oferta, em bases sólidas, de educação profissional técnica de **nível médio** articulada aos serviços de saúde. No conjunto dos trabalhadores do setor saúde, aproximadamente 60% possuem nível de escolaridade fundamental e médio e, destes, uma parcela expressiva não dispõe de certificação profissional, embora atue diretamente com os usuários nas unidades de saúde. Os programas, projetos e ações de educação profissional técnica de nível fundamental e médio para a área da saúde vêm sendo executados pelas 36 escolas técnicas do SUS (ETSUS), distribuídas em todas as UF, com as mais diversas configurações administrativas (vinculadas às SES, SMS, entre outras). Para dar unidade e garantir os princípios do SUS, essas escolas estão conformadas em rede (Rede de Escolas Técnicas do SUS/RETSUS).

Em 2009, foi pactuado na Comissão intergestores Tripartite/CIT o programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde (Profaps), como estratégia para viabilizar a qualificação da força de trabalho, priorizando as áreas de radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, prótese dentária, vigilância em saúde e enfermagem. Abarca ainda a formação de agente comunitário de saúde e a qualificação em saúde do idoso. O programa beneficiou em torno de 243 mil profissionais entre 2008 e 2011, além de gerar outros benefícios, como a capacidade de mobilização das ETSUS e dos centros formadores de pessoal para a saúde na elaboração de mapas de competências profissionais e marcos de orientações curriculares para os cursos técnicos de hemoterapia, radiologia, vigilância em saúde e citopatologia.

Em relação aos profissionais de saúde de **nível superior**, as dificuldades referem-se à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. A equidade e o acesso universal aos serviços ficam prejudicados pela dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A carência e má distribuição geográfica e social de profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave, que atinge também outros países.

As estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde são ainda incipientes em parte das SES e das SMS. Em uma área considerada essencial como a saúde, a precarização do trabalho debilita a relação e expõe a fragilidade do trabalhador, tanto no setor público quanto na iniciativa privada (contratados ou conveniados).

1.4.2 PLANEJAMENTO

O planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, notadamente a partir de 2006, quando teve início a implementação do **Sistema de Planejamento do SUS** (PlanejaSUS), estabelecido a partir do Pacto pela Saúde. Além dessa apropriação, a concepção e desenvolvimento desse sistema pressupõem a organização de instância responsável pela condução dos processos envolvidos na função planejamento à qual, sob a orientação do gestor correspondente, cabe a construção/operacionalização do planejamento no âmbito de sua instituição – SMS, SES e MS – e também no seu território de abrangência (municipal, estadual e nacional).

O sistema de planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS (Plano de Saúde/PS, Programação Anual de Saúde/PAS e Relatório Anual de Gestão/RAG). A construção desse Sistema na esfera federal está baseada nos processos de formulação dos instrumentos do PlanejaSUS (PNS, PAS e RAG) e de governo (Plano Plurianual/PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias/LDO e Lei Orçamentária Anual/LOA). Compreende também o apoio às áreas finalísticas do MS na operacionalização de seus respectivos processos de planejamento.

A implementação do sistema de planejamento no SUS é apoiada pelo MS em três linhas de trabalho: qualificação contínua dos profissionais direta e indiretamente envolvidos na função planejamento nas SES e SMS; na produção e difusão de informações estratégicas ao desenvolvimento das atividades de planejamento; e na cooperação técnica e financeira a estados e municípios no desenvolvimento de seus respectivos processos de planejamento. Considera-se que, mesmo com os significativos resultados já obtidos, ainda são grandes os desafios a enfrentar rumo à institucionalização do planejamento, entendida como a apropriação e exercício pleno do processo de planejamento por parte de gestores e de profissionais do SUS.

Na sua abrangência nacional, o maior desafio é representado pela operacionalização do sistema de planejamento em todo o País, o que significa ampliar a sua capilaridade, principalmente nos municípios, mantendo como foco a elaboração dos instrumentos básicos. Isso não significa, porém, descuidar da mobilização contínua em torno desse sistema e da sua contribuição para a melhoria constante do SUS, tendo em conta, entre outros aspectos, a renovação periódica de gestores e profissionais de saúde.

Na linha da qualificação de profissionais em planejamento, estabelecer parceria com instituições de ensino para ministrar as capacitações, segundo cronograma e expectativa das três esferas de gestão, de que é exemplo a especialização em planejamento em saúde.

A cooperação prestada pelo MS a estados e municípios no período 2006-2010 permitiu algumas percepções importantes, entre as quais a de que muitos gestores reconhecem e assumem planejamento como função estratégica na condução do SUS em suas respectivas esferas, assim como conhecem e se empenham na sua implementação. O monitoramento e a avaliação, componentes integrantes do processo de planejamento, assim como a incorporação do uso de instrumentos como o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão representam desafios consideráveis na efetivação da gestão.

1.4.3 FINANCIAMENTO

Um Sistema Nacional de Saúde com as características do SUS – que deve prestar atenção universal, integral e equânime – demanda um financiamento sustentado para cumprir a sua finalidade e alcançar os seus objetivos. **A Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000** é um instrumento que possibilita mais expressão e estabilidade de recursos, na medida em que define o financiamento tripartite do SUS, fixando percentuais de participação de estados e municípios e indexando a participação da União à variação do Produto Interno Bruto (PIB). O gasto público em saúde, que representa as despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo, passou de 3,21% do PIB, em 2002, para 3,67% em 2008, indicando certa estabilidade nos recursos disponibilizados em relação à evolução do PIB.

Com relação à esfera federal, o dispositivo legal provocou a regularização do fluxo de recursos empregados em saúde, criando um padrão de estabilidade na orçamentação (Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento).

Em 2008, o gasto público em saúde nas três esferas de governo correspondeu a cerca de R\$ 559,02 por habitante/ano para custear o acesso universal e o atendimento integral a cerca de 189,6 milhões de brasileiros.

No entanto, existe um descompasso entre informações sobre o gasto público e o privado, variando de acordo com a fonte consultada. Em estimativas da OMS, o Brasil teve, em 2007, um dispêndio total em saúde – público e privado – equivalente a 8,4% do PIB (OMS, 2010), com participação majoritária do setor privado.

A tabela abaixo apresenta o gasto total (público e privado) e o gasto público em saúde em relação ao PIB, além do gasto per capita de alguns países da América do Sul e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). Quando a análise se concentra na relação com o PIB, os dados do Brasil não se diferenciam substancialmente dos países da América do Sul, não levando em consideração a composição interna desse gasto. A desproporção ocorre ao se analisar os gastos governamentais no cômputo dos gastos totais, onde o Brasil tem a menor proporção de gasto público nos países analisados.

Tabela 4 – Indicadores de gasto nacional em saúde de alguns países – 2007

País	Gasto total em saúde como proporção do PIB (%)	Gasto geral do governo como proporção do gasto total em saúde (%)	Gasto total em saúde <i>per capita</i> (paridade do poder de compra) – dólares internacionais (US\$)	Gasto geral do governo <i>per capita</i> (paridade do poder de compra) – dólares internacionais (US\$)
Argentina	10,0	50,8	1.322	671
Austrália	8,9	67,5	3.357	2.266
Brasil	8,4	41,6	837	348
Canadá	10,1	70,0	3.900	2.730
Chile	6,2	58,7	863	507
Dinamarca	9,8	84,5	3.513	2.968
Espanha	8,5	71,8	2.671	1.917
Reino Unido	8,4	81,7	2.992	2.446

No quadro a seguir, é apresentada a evolução da participação dos entes federados no gasto público de saúde. Verifica-se que a União reduziu a sua participação de cerca de 60% para cerca de 45% do gasto total. Os estados e os municípios aumentaram em 7% e 8%, respectivamente. A comparação entre a redução da participação da União e a elevação da dos demais entes federativos indica compensação de valores e estabilidade dos gastos públicos setoriais. Importante destacar que todos os entes aumentaram significativamente seus orçamentos para a saúde no período, sendo que a União dobrou os seus gastos de 2002 a 2008, em termos nominais, apesar da diminuição da sua participação em relação ao PIB, conforme apresentado na tabela seguinte.

Quadro 5 – Participação percentual dos entes federados no gasto público em saúde – 2000 a 2008

Ano	União	Estados	Municípios
2000	59,8	18,5	21,7
2001	56,1	20,7	23,2
2002	52,6	21,9	25,6
2003	51,0	22,8	26,3
2004	50,2	24,6	25,2
2005	49,8	23,1	27,1
2006	48,5	23,6	27,9
2007	47,5	24,2	28,3
2008	44,7	25,6	29,7

Fonte: Siops e SPO/MS.

A garantia de regularidade e de expansão dos gastos públicos com ações e serviços de saúde, no gasto total do setor, é fator fundamental para melhorar o desempenho do SUS.

1.4.4 ARTICULAÇÃO FEDERATIVA

O processo de aperfeiçoamento do SUS e a incorporação de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental, gradualmente, reorganizando as competências e responsabilidades da gestão em saúde. Essa situação, muitas vezes, implica o desenvolvimento de processos de **negociação e pactuação** entre os gestores e destes com o controle social, tendo como espaços as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e os Conselhos de Saúde (CS).

A gestão governamental em saúde possui natureza complexa, que abrange várias dimensões (ética, política, estratégica, técnica e administrativa). Conforma-se a partir da intermediação de interesses distintos e, principalmente, das interações de poder. O propósito primordial da gestão em saúde é a tomada de decisões, que desencadeia a implementação das políticas. A conformação jurídica do SUS estabelecida na CF/1988 define que as ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelos entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Essa definição constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado de **gestão federativa**, requerendo que a administração pública seja dotada de mecanismos que permitam aos entes autônomos se organizarem de modo a executar uma gestão regionalizada e compartilhada.

No contexto atual, o **Pacto pela Saúde** configura-se estratégia de ordenação do processo de gestão do SUS, estruturado em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Essas dimensões articulam um conjunto de mudanças nos processos e instrumentos de gestão. O Pacto reforçou a negociação como arranjo federativo de definição de responsabilidades, de forma a contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema. Segundo avaliações realizadas pela CIT, a implementação do Pacto trouxe avanços na gestão da política de saúde no período de 2008 a 2010.

Entre os avanços, estão a definição de diretrizes nacionais para os processos de gestão do SUS, objetivando maior compromisso dos entes governamentais e co-responsabilização, substituindo o então processo de habilitação,

mediante construção de Termos de Compromisso de Gestão e o estímulo à elaboração e acompanhamento dos instrumentos decorrentes dos processos de pactuação e de planejamento do SUS. Alia-se a isso a constituição dos colegiados de gestão regional (CGR), importantes instâncias na superação da fragmentação sistêmica, para o estabelecimento de ação cooperativa entre os gestores do SUS.

A implantação desses colegiados, iniciada em 2007, com 304 CGR, evoluiu para 352, em 2008; 406, em 2009; e 415, em 2010. Esses colegiados abrangem 24 estados e 5.330 municípios. Outro mecanismo decorrente foi a definição de agenda de prioridades e metas para permitir o seu monitoramento e avaliação, e eventual reorientação para alcance dos resultados, além do estabelecimento das transferências federais sob a forma de blocos de financiamento, prioritariamente na modalidade fundo a fundo.

A introdução de instrumentos de contratualização com hospitais, o estímulo à regionalização e à construção de redes, contribuíram para a melhoria das condições de saúde. Entretanto, os processos de gestão do Sistema ainda enfrentam desafios, vinculados a fatores como: a insuficiência de recursos para o setor; financiamento federal fracionado, transferência fragmentada e manutenção da lógica de pagamento por procedimentos; persistência de iniquidades no acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões e estados; implementação insuficiente dos mecanismos regulatórios existentes; avaliação e controle com enfoque processual, tal como o de convênios, e não sobre resultados nas condições de saúde; insuficiência na formulação de mecanismos que promovam a gestão compartilhada entre as esferas de governo; excessiva normatização vertical, fragmentando o sistema.

Por sua vez, a **auditoria do SUS** direciona suas ações para o objetivo de maximizar a sua contribuição na qualificação, transparência e ética na gestão em saúde, o fortalecimento da cidadania e a efetivação dos ideais do movimento pela reforma sanitária brasileira. Nesse sentido, busca atuar de forma proativa, por intermédio de auditorias de gestão, que envolvem todos os aspectos neste âmbito propriamente dito; de auditorias estratégicas (voltadas aos eixos estratégicos definidos pelo MS); e de cooperação técnica inerente ao relacionamento entre dois ou mais componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em que ocorre a cessão e/ou troca de conhecimentos, instrumentos e/ou meios, com vistas à articulação federativa para a organização do SUS em redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde.

Existem fatores que contribuem para que o SNA não avance com a celeridade necessária ao fortalecimento da gestão do SUS: inexistência de concursos públicos; contingente reduzido de profissionais e com qualificação em auditoria no SUS, o que demanda a formação de um novo perfil profissional para o setor; carência de normatização que norteie a operacionalização das auditorias pelo SNA; não entendimento pelos gestores da auditoria como ferramenta de gestão; e falta de integração entre os componentes federal, estaduais/DF e municipais.

1.4.5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A participação social na formulação e no controle da política pública de saúde é uma inovação institucionalizada pelo SUS sob a forma de conferências e conselhos de saúde. As **conferências** e os **conselhos de saúde** são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada. Os conselhos estão presentes na totalidade dos estados e municípios e contam com 110 mil conselheiros atuantes. Entretanto, problemas na efetivação desses espaços democráticos são verificados pela baixa capilaridade das resoluções e deliberações, pela pouca diversificação de participantes e pela estrutura e funcionamento deficitários, por exemplo: dos 3.046 municípios participantes de pesquisa do MS (2007), 2.212 não possuem sede, 1.046 não dispõem de telefone, 1.462 não acessam a internet, o que coloca aos gestores do SUS a preocupação quanto ao efetivo funcionamento desses espaços.

As deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e o reconhecimento dos problemas relacionados à institucionalização dos espaços de participação social no SUS desencadearam diversas ações por parte do MS, como o Programa de Inclusão Digital (PID) e a ampliação de ações de educação permanente de conselheiros. No período de 2003-2007, foram capacitados, mediante convênios e parcerias, 15.920 conselheiros de saúde. A partir de 2007, com o repasse de recursos fundo a fundo para SES e SMS, essas ações ganharam caráter contínuo e institucional. Em 21 estados, foram capacitados 15.895 conselheiros no período de 2008 a 2011. Permanecem os desafios para o fortalecimento da participação social, como a necessidade do compromisso da gestão do SUS na efetivação desses espaços, o que envolve a sustentabilidade financeira e estrutural, bem como fortalecimento da cultura democrática e da gestão participativa.

As **ouvidorias** são canais de visibilidade do Estado, que ampliam os espaços de participação social e atuam como instrumento de gestão, visto que as informações gerenciais produzidas, por intermédio das manifestações acolhidas, subsidiam e legitimam as ações dos gestores nas três esferas de governo. No período de 2004 a 2008, teve início a organização do Sistema Nacional de Ouvidoria (SNO), mediante apoio a 54 entes federados, via convênios, para implantação deste serviço. Entre as fragilidades observadas em 2007 figuram a precária existência de ouvidorias e a escassa relação com os movimentos sociais organizados.

Existem, atualmente, 99.334 demandas registradas no sistema OuvidorSUS (dados absolutos do período de abril de 2006 a dezembro 2010, considerando todas demandas encaminhadas às redes e sub-redes do sistema). Desse total, 34.802 encontram-se pendentes, o que significa que ainda não receberam um parecer conclusivo da área responsável. Verificou-se que o índice de resolubilidade é de 57%, quando dependem de outras esferas de gestão (estadual ou municipal) e 85,09% quando dependem exclusivamente de resposta de áreas técnicas do MS. Dessa forma, as demandas pendentes representam 43%, índice considerado alto, quando o retorno é de responsabilidade de outras esferas. Essa situação evidencia fragilidade no sistema de ouvidoria.

De acordo com pesquisa domiciliar realizada pelo IPEA em novembro de 2010, o SUS foi avaliado de forma favorável pela população usuária (pessoas que o utilizaram ou que acompanharam membro da família). Essa pesquisa – feita junto a famílias brasileiras, mediante entrevista domiciliar em amostra nacional e segundo regiões – teve por objetivo avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo SUS. Organizadas em três blocos, as perguntas objetivas do questionário, contemplaram: (i) percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS (atendimento em centros/postos de saúde; atendimento por membro da equipe de saúde da família/ESF; atendimento por médico especialista; atendimento de urgência e emergência; e distribuição gratuita de medicamentos); (ii) avaliação geral sobre o SUS; e (iii) avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde.

O atendimento por membro da ESF foi o que obteve, entre os serviços prestados pelo SUS, a maior proporção de opiniões positivas entre os entrevistados. No Brasil, o atendimento foi muito bom ou bom para 80,7% dos entrevistados que tiveram o seu domicílio visitado por algum membro da ESF. Já a distribuição gratuita de medicamentos foi tida como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados. O atendimento prestado em centros e/ou postos e o atendimento de urgência e emergência alcançaram, respectivamente, 44,9% e 48,1% da qualificação muito bom ou bom.

Entre os entrevistados que tiveram alguma experiência com os serviços do SUS nos últimos 12 meses à pesquisa, a proporção de opiniões de que estes serviços são muito bons ou bons foi maior (30,4%) do que os que informaram não os terem utilizado (27,6%). Isso se verifica em relação a todos os serviços pesquisados para o Brasil e todas as regiões. “Parece que as pessoas que utilizam os serviços prestados pelo SUS têm uma percepção melhor a seu respeito do que aquelas que não os utilizam”, segundo a análise das informações da pesquisa (IPEA, 2011, p. 9). Os entrevistados consideram como principais pontos positivos do SUS o acesso gratuito aos serviços, o atendimento sem preconceito (distinção) e a distribuição gratuita de medicamentos.

1.4.6 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Pautada nas diretrizes da Política Externa Brasileira, a atuação internacional em saúde por parte do MS tem por finalidade promover, articular e orientar a interlocução do governo com outros países e com organismos multilaterais, assim como em foros internacionais de interesse para o setor. Estimula também a adoção de mecanismos de integração regional e sub-regional, além de desenvolver a articulação da colaboração de peritos e de missões internacionais, multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da política nacional de saúde.

No âmbito do MS, a responsabilidade é pela cooperação horizontal ou sul-sul, desenvolvida com países em desenvolvimento, mediante negociação, elaboração, acompanhamento e coordenação de projetos. Para tanto, realiza eventos, participa de missões ao exterior, produz e divulga boletins sobre as cooperações estabelecidas, promove cursos, conduz grupo de trabalhos em saúde, integra a rede sul-americana de cooperação internacional em saúde no contexto da Unasul, elabora documentos técnicos e estabelece parcerias com outros governos e organizações internacionais.

Quanto às áreas geográficas, o MS orienta-se por prioridades que espelham as regiões definidas pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE): América do Sul; Haiti; comunidade dos países de língua portuguesa (CPLP); demais países africanos; demais países da América Latina e Caribe. São ainda prioridades as iniciativas e projetos no âmbito dos compromissos assumidos pela Presidência da República, pelo próprio MS e pelo MRE. Em que pese essas prioridades, a atuação internacional do Brasil em saúde pública estende-se ao diálogo e cooperação com países desenvolvidos considerados estratégicos, tais como os Estados Unidos da América, os países e o bloco da União Europeia, além de países em desenvolvimento de relevância no cenário internacional, como China, Índia e África do Sul.

A presença internacional do Brasil avança para além dos temas tradicionais de saúde pública e incorpora ações relativas a direitos de propriedade intelectual, não somente na OMS, como também em outros organismos do sistema das Nações Unidas (Organização Mundial do Comércio e Organização Mundial para Propriedade Intelectual). A prioridade em termos de inserção de interesses da saúde em foros especializados se estabelece em função de negociações permanentes e emergentes, conforme demandas e/ou envolvimento das áreas técnicas competentes ou da importância política do tema para o setor.

O MS iniciou o projeto de cooperação em saúde Brasil-Haiti após o terremoto de 2010, com ações para apoiar o fortalecimento do sistema de saúde e da vigilância epidemiológica no Haiti. Para viabilizar essas ações o Ministério promoveu a assinatura do Memorando Tripartite de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti. Anterior a essa iniciativa, o governo brasileiro editou medida provisória abrindo um crédito extraordinário ao Haiti, aprovada pelo Congresso Nacional (Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010).



**OBJETIVO,
DIRETRIZES
E METAS**

OBJETIVO

2.1

O presente Plano Nacional de Saúde/PNS tem por objetivo aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

O alcance desse objetivo no período 2012-2015 será orientado por 14 diretrizes a seguir explicitadas e pelo conjunto de metas estabelecido.

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

Incorpora-se 2 diretrizes transversais que fazem interface com este Plano Nacional de Saúde:

a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

b) Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

DIRETRIZES E METAS

2.2

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Uma estratégia prioritária na implementação dessa diretriz, será a ampliação da atenção primária e da atenção especializada, organizada em redes e no acolhimento e práticas humanizadas. A implementação das redes estará voltada à integralidade da atenção e à qualificação das práticas e da gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade dos serviços prestados. Tal organização terá em conta as necessidades e diversidades regionais, de modo a ampliar o acesso com equidade.

No período de 2012-2015, o Ministério da Saúde (MS) empreenderá esforços para aumentar a cobertura e qualificar a rede de Atenção Básica (AB), buscando assegurar a sua resolubilidade e a condição de nível estruturante do sistema. Os projetos e atividades a serem desenvolvidos visarão fortalecer linhas de atuação já consolidadas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como redefinir e aprimorar a Política Nacional de AB. O objetivo será estabelecer um padrão de qualidade em todo o País, consolidando uma só política de AB, mediante a integração da ESF com o modelo tradicional de organização da atenção à saúde. Para tanto, implantará mecanismo de certificação da qualidade das UBS, bem como amplo programa de informatização, reforma e ampliação destas unidades, além da continuidade na construção de novas, por intermédio do programa de aceleração do crescimento (PAC 2). O programa “Brasil Sorridente” deverá ser expandido com a criação de novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de equipes de saúde bucal, assim como o fomento à fluoretação da água de consumo humano.

Ao lado disso, o MS promoverá e induzirá medidas para que o País disponha de uma atenção básica efetivamente integral, reforçando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como o cuidado dos pacientes com doenças crônicas – neste incluído o acompanhamento de pacientes falcêmicos –, com o atendimento dos casos agudos e o desenvolvimento de ações de reabilitação. Igualmente, desenvolverá nova modelagem para a AB a populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade em territórios específicos. Nesse sentido, serão ampliados e fortalecidos no âmbito do SUS os mecanismos de promoção da equidade e de enfrentamento de disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia, em que se incluem lésbicas, bissexuais, gays, transexuais e travestis; ciganos; população negra; comunidades quilombolas e tradicionais; população em situação de rua; e população do campo e da floresta.

Essa diretriz envolverá também a execução de ações específicas para atenção à saúde em temas sensíveis e importantes para a sociedade brasileira. Em relação à pessoa com deficiência, cuja implementação da respectiva política nacional terá em conta todo o ciclo de vida, deverão ser implantadas redes loco-regionais de serviços de reabilitação. Serão definidas unidades de referência, com vistas a garantir acesso a exames e procedimentos, por intermédio de equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada para o atendimento das pessoas com mobilidade reduzida, com autismo – sobretudo em municípios com mais de 50 mil habitantes – e outras deficiências. Esse esforço envolverá iniciativas estratégicas, como a disponibilidade de intérpretes da língua brasileira de sinais na assistência às pessoas com deficiência auditiva.

No tocante às pessoas em situação de privação de liberdade, haverá expansão no número de equipes de atenção à saúde prisional e implantação do plano nacional respectivo no sistema penitenciário em estados que ainda não se qualificaram neste plano. Para a população de adolescentes em conflito com a lei, deverá ser expandido o número de estados e municípios habilitados na política nacional respectiva.

Serão efetivadas ações voltadas a proporcionar cuidados específicos à saúde da população negra. Entre as estratégias voltadas à atenção dessa população, figurará a produção e disseminação de materiais de apoio às

secretarias estaduais e municipais de saúde, destinados a orientar a implementação das ações, assim como a educação permanente dos profissionais. Incluem-se também o fornecimento de manuais sobre saúde da população negra e combate ao racismo institucional para as Secretarias Estaduais de Saúde e do DF.

Na atenção especializada, o MS seguirá expandindo o número de procedimentos em média e alta complexidade, incluindo transplantes, bem como o cadastro nos registros de doadores e de receptores de medula. Especial ênfase será dada à efetivação da política nacional de transplantes de órgãos e tecidos, o que envolverá a avaliação destes procedimentos no País, em conjunto com as demais esferas de gestão do SUS.

Novos centros de alta complexidade em oncologia serão implantados, e equipamentos de radioterapia em centros existentes serão substituídos. A política oncológica será revisada, com vistas ao aprimoramento das ações neste âmbito. Aos portadores de doenças hemorrágicas hereditárias, serão disponibilizados o fator VIII *per capita* (hemofilia A) e o fator IX *per capita* (hemofilia B), bem como implantado o teste NAT (teste de ácido nucleico) para HIV e HCV (vírus da hepatite C) nos serviços de hemoterapia que atendem o SUS, de forma a reduzir o tempo de detecção dos vírus da Aids e da Hepatite C. Buscar-se-á desenvolver estratégias diferenciadas de atenção voltadas a ampliar a reinserção social dos usuários do SUS, como hospital dia e residências inclusivas para pessoas com deficiência e portadores de patologias graves, bem como viabilizar apoio logístico para os pacientes que necessitem de procedimentos especializados e que sejam disponibilizados longe do domicílio.

Para o monitoramento e avaliação das políticas de atenção, o MS promoverá a revisão de seus sistemas de informação, melhorando a confiabilidade e expandindo as possibilidades de uso das informações em saúde para o aprimoramento das referidas políticas.

No contexto do plano “Brasil sem Miséria”, as principais ações da saúde buscarão garantir acesso com qualidade na atenção básica por meio de unidades básicas de saúde, do programa “Saúde na Escola”, do acompanhamento das condicionalidades da saúde no programa “Bolsa Família”, da distribuição de medicamentos gratuitos para hipertensos e diabéticos pelo programa “Farmácia Popular do Brasil”, do programa “Brasil Sorridente”, do programa “Olhar Brasil”, da “Rede Cegonha”, do saneamento e do enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza.

Constituirão também objeto de priorização:

- o fortalecimento de mecanismos de regulação nas redes de atenção à saúde do SUS, assim como entre este sistema público e o sistema suplementar;
- a implantação de Política de Comunicação voltada às redes de atenção;
- o fortalecimento das práticas integrativas e complementares nas redes de atenção, incluindo a sua organização, a qualificação/capacitação de profissionais nestas práticas, informação e promoção de estudos e pesquisas;
- o aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações, serviços e pesquisas no âmbito dos agravos cardiovasculares, assim como em traumatologia e ortopedia – incluindo as questões inerentes à concessão de órteses e próteses –, e em nefrologia, com ênfase na terapia renal substitutiva e demais modalidades de diálise, incremento do transplante renal, buscando a efetivação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal;
- o aprimoramento da atenção nos serviços ambulatoriais e hospitalares federais;

- a implementação e aperfeiçoamento da atenção a portadores da doença celíaca, bem como da doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- o reordenamento do processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde com vistas à oferta da atenção de forma integrada às políticas prioritárias, na perspectiva de assegurar o acesso com qualidade, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da atenção de referência e da pesquisa clínica;
- a implementação de núcleos de prevenção de violência nas Unidades Federadas com mais altos índices de homicídios, de agressões e de vitimização da população negra;
- a realização de cursos de capacitação dos trabalhadores da saúde em relação ao enfoque racial na saúde, especialmente no combate ao racismo institucional.

Metas

- Ampliar a área física e/ou reformar **23 mil unidades básicas** de saúde (UBS).
- Implantar 3.272 UBS, passando de 36.892 unidades em 2011 para 40.164 até 2015.
- Ampliar em 40 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 245 mil agentes em 2011 para 285 mil até 2015.
- Ampliar em 5.300 o número de equipes saúde da família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 36.960 até 2015.
- Ampliar em 7.200 o número de equipes de saúde bucal, passando de 20.400 equipes em 2011 para 27.600 até 2015.
- Implantar 953 centros de especialidades odontológicas (CEO), passando de 950 CEO em 2011 para 1.903 até 2015.
- Implantar 160 novas equipes de saúde no sistema penitenciário, passando de 300 em 2011 para 460 em 2015.
- Promover a adesão de 5.556 municípios ao programa “Saúde na Escola”.
- Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar até 2015.
- Aumentar em 10% ao ano o número de transplantes de órgãos sólidos e não sólidos realizados, passando de 21.000 para 30.800.
- Implantar 15 centros de alta complexidade em oncologia, passando de 28 centros em 2011 para 43 até 2015.
- Implantar 270 redes loco-regionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços em 2011 para 604 até 2015.
- Implantar, em pelo menos 10 estados do País, a política de atenção às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

A ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgências constituirão as bases de operacionalização dessa diretriz. Essa rede será organizada de modo a ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde. As ações da rede estarão pautadas no acolhimento com classificação de risco e na capacidade resolutiva dos serviços. Uma medida essencial será o fortalecimento do papel da urgência como integrante do cuidado no território e regulador da classificação de risco, principalmente nos casos crônicos agudizados, fixando-os na respectiva área de abrangência.

Uma das estratégias na organização e operacionalização da rede consistirá na expansão da capacidade resolutiva das UBS nas situações de urgência e emergência, com regulação do referenciamento de pacientes. Nesse sentido, as ações estarão voltadas a expandir e integrar as estratégias de atenção às urgências, como as Unidades de Pronto Atendimento/UPA e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Deverão ser implantadas, de forma integrada, novas centrais do SAMU 192, buscando ampliar de forma significativa a cobertura deste serviço.

A integração entre os equipamentos de saúde será concretizada mediante, entre outros, o estabelecimento de salas de observação nas UBS, de modo a favorecer o aumento da resolubilidade das unidades básicas nas urgências. A criação de novas UPA reforçará as ações empreendidas para consolidar um novo modelo de atenção à saúde que não seja centrado nos hospitais. Em continuidade ao desenvolvimento do programa de aceleração do crescimento (PAC 2), serão construídas UPA e qualificados outros espaços para prover atendimento oportuno e adequado às necessidades dos cidadãos. Em áreas remotas, deverão ser implantadas salas de estabilização – local adequado a pacientes críticos/graves –, com funcionamento 24 horas, vinculadas a uma unidade de saúde.

Na melhoria da situação das portas hospitalares de atenção às urgências, deverá ser efetivado um plano de reformas e aquisição de equipamentos, de forma a propiciar melhores condições ao atendimento. Também será aumentada a quantidade de leitos, principalmente de clínica médica e unidades de terapia intensiva em áreas estratégicas. O estabelecimento das redes – em especial, a de urgência – e a inserção dos estabelecimentos e leitos em uma política de regulação serão essenciais na atenção às necessidades de saúde das pessoas, garantindo a continuidade do cuidado no respectivo território sanitário. Essa política favorecerá a racionalização e adequação de serviços, evitando-se, por exemplo, leitos ociosos. Esforços deverão ser concentrados na criação de subsídios ou mecanismos de remuneração adequados para os procedimentos de urgência e emergência em regime de internação.

Na efetivação das inovações tecnológicas em linhas de cuidado prioritárias, uma estratégia consistirá na implantação de unidades coronarianas, com ampliação de leitos, bem como de unidades de atenção ao acidente vascular encefálico, destinadas ao atendimento de alta eficiência e redução do tempo de UTI e de internação do paciente. Para desafogar os hospitais e propiciar atendimento humanizado e qualificado às pessoas, será aprofundada a política de atenção domiciliar, mediante a implantação de equipes para oferecer ações de saúde no domicílio do paciente, as quais não têm possibilidade de ser prestadas em regime ambulatorial, mas que também não exigem o ambiente hospitalar para a sua oferta.

Entre as novas linhas de atuação, o MS consolidará a Força Nacional de Saúde, criada para prestar assistência em situações de riscos e vulnerabilidades, como alagamento e seca; desabamento; enchente; incêndio; epidemias/pandemias; acidentes nucleares; atentados; eventos com aglomeração (por exemplo, a Copa 2014); circunstâncias de suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e demais comunidades.

Metas

- Adquirir 2.160 ambulâncias até 2015.
- Reformar, ampliar ou equipar 231 unidades de atenção especializada dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015.
- Implantar 2.163 leitos hospitalares (leitos de UTI, unidade de cuidado intermediário/UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação) dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015.
- Implantar 500 UPA, passando de 596 unidades em 2011 para 1.096 até 2015.
- Implantar ou expandir 64 novas centrais de regulação SAMU até 2015.



Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

A implementação dessa diretriz estará baseada na organização e desenvolvimento da “Rede Cegonha” – estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil –, por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir: (i) acolhimento, ampliação do acesso e qualidade do pré-natal; (ii) vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iii) boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (iv) atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses, com qualidade e resolubilidade; e (v) ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo. Nesse esforço, será considerada a integralidade da mulher, tendo em conta as necessidades respectivas no seu ciclo de vida, assim como a sua realidade social.

A estruturação dessa rede envolverá ações no âmbito da atenção primária – planejamento familiar, pré-natal, puerpério, atendimento integral à saúde da criança – e no âmbito da atenção especializada (pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e ao nascimento, atenção ao recém-nascido de risco, urgências e emergências, mulheres em situações especiais). No elenco de medidas a serem desenvolvidas, estarão:

- capacitação de profissionais da atenção primária;
- oferta de testes rápidos de gravidez e de sífilis;
- instituição da visita à maternidade de referência no pré-natal;
- disponibilização de *kit* de atenção pré-natal para as unidades de saúde;
- vinculação de todas as gestantes da unidade básica à maternidade, com critério de acesso geográfico (“gestante não peregrina”);
- implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e neonatologia nas portas das maternidades (garantia de “vaga sempre” para gestante e recém-nascido);
- implantação de estratégias de transporte seguro para gestantes, equipagem de unidades do Samu 192 para realização do transporte seguro do recém-nascido e incremento do número de ambulâncias;
- implantação e/ou custeio de centros ou alas de parto normal ligados a maternidades, bem como de casas da gestante e do bebê;
- ampliação de leitos de unidades de terapia intensiva neonatal e de adulto, mediante credenciamento e investimento;
- ampliação de leitos “Canguru” (método de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre o recém-nascido de baixo peso e os pais);
- qualificação/habilitação de leitos obstétricos de alto risco;
- adequação da ambiência das maternidades e construção de novas maternidades a partir de diagnóstico da rede loco-regional;
- ampliação de serviços de triagem neonatal e de exames voltados ao diagnóstico precoce de doenças, como o teste do pezinho, da mancha e do afoçamento (anemia falciforme), com aumento do elenco de doenças a serem diagnosticadas;
- contratualização de hospitais segundo metas quantitativas e qualitativas que induzam a incorporação de práticas de atenção ao parto e nascimento com qualidade, bem como identificação e cadastramento de parteiras tradicionais, com distribuição de *kits* a elas;

- identificação e cadastramento das parteiras tradicionais e sua vinculação com as unidades básicas de saúde no Nordeste e na Amazônia Legal;
- capacitação dos profissionais em boas práticas de atenção ao parto e nascimento e em atendimento das urgências obstétricas;
- fortalecimento da vigilância do óbito materno, infantil e fetal e de mulheres em idade fértil, incluindo os comitês de mortalidade e os núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica;
- oferta de triagem sorológica para hepatite B às gestantes que realizam pré-natal no SUS, vacinação e adoção de medidas profiláticas em recém-nascidos de mães diagnosticadas com a doença;
- realização do teste de eletroforese em todas as gestantes negras atendidas no SUS e a qualificação de parteiras quilombolas;
- promoção do aleitamento materno até os dois anos de idade (exclusivo até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno) e fortalecimento da rede “Amamenta Brasil” e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável;
- garantia do acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção das doenças por carência nutricional específica, como a anemia e a hipovitaminose A;
- organização dos serviços de atenção primária para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança;
- atendimento especializado e diferenciado para as crianças de maior risco, bem como busca ativa dos faltosos, sobretudo das crianças de maior risco;
- garantia do acesso às vacinas disponíveis no SUS e ampliação do elenco de imunobiológicos do programa nacional de imunização;
- implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;
- fortalecimento de ações educativas e preventivas dirigidas à população adolescente e jovem, enfocando a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos;
- regulamentação da oferta e uso método de anticoncepção de emergência, oferta de todos os métodos contraceptivos na rede de saúde e monitoramento da sua disponibilização nos serviços de saúde;
- desenvolvimento de protocolos unificados nas áreas jurídica, da saúde e da assistência social para o atendimento integrado de vítimas e violência sexual;
- implementação de ações voltadas a reduzir a mortalidade materna, com ênfase nas mulheres negras, a diferença racial no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico, bem como do acesso a métodos contraceptivos.

A qualificação desse modelo de atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério preconizado pela “Rede Cegonha” será desenvolvido na perspectiva da promoção da saúde, nos princípios da humanização e práticas baseadas em evidências científicas, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes vulneráveis.

Nesse contexto, estarão inseridos o fortalecimento e a ampliação da rede de prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero, ações de promoção e garantia da atenção à saúde integral de crianças e adolescentes. Particularmente no tocante ao câncer de mama, deverá ser formulado e implementado programa nacional de qualidade da mamografia e das demais etapas envolvidas no diagnóstico desta doença, com implantação de serviços de diagnóstico mamário. Quanto ao câncer de colo de útero, serão implantados serviços voltados à

confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras deste tipo de câncer e implementada a gestão da qualidade do exame citopatológico.

Outra prioridade consistirá no fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial. Igualmente, serão incluídos o acesso e a qualificação de medidas especializadas em saúde no atendimento a crianças e adolescentes – e suas famílias –, em especial vítimas de violência sexual, inseridos no sistema socioeducativo e nos serviços de acolhimento, ameaçados de morte, em situação de rua, além de usuários de álcool e drogas.

Metas

- Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma, aquisição de equipamentos e materiais) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.
- Ampliar a investigação de óbitos infantis e fetais, passando de 24% em 2010 para 50% até 2015.
- Ampliar a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil por causas presumíveis de morte materna, passando de 53% em 2010 para 85% até 2015.
- Ampliar em 513 o número de leitos de unidade de terapia intensiva para adultos localizados em hospitais habilitados em alto-risco obstétrico, passando de 2.382 leitos para 2.895 até 2015.
- Ampliar em 684 o número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, passando de 3.775 leitos em 2011 para 4.459 até 2015.
- Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas.
- Custear 3.141 leitos de unidades de cuidado intermediário neonatal (UCI), passando de 349 leitos custeados em 2011 para 3.490 até 2015.
- Implantar 156 novas casas de gestante, bebê e puérpera, passando de 36 (implantadas pela “Rede Cegonha”) em 2011 para 192 até 2015.
- Implantar 249 novos centros de parto normal, passando de 35 centros (implantadas pela “Rede Cegonha”) em 2011 para 284 até 2015.
- Implantar 50 serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama.
- Implantar 20 serviços de diagnóstico e tratamento de lesões precursoras.
- Realizar 15,2 milhões de mamografias bilaterais.
- Realizar 48 milhões de exames citopatológicos.
- Realizar teste de eletroforese em 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela “Rede Cegonha”.
- Realizar teste rápido da sífilis em 100% das gestantes usuárias do SUS até 2015, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela “Rede Cegonha”.

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

O fortalecimento dessa rede compreenderá a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares. Para tanto, serão estratégias fundamentais:

- o acolhimento dos usuários com oferta de cuidados básicos em saúde mental, bem assim a mobilização da rede social de cuidado;
- a expansão dos consultórios de rua, com equipe multidisciplinar volante para atendimento às pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.

Nesse sentido, deverá ser ampliado o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como implantadas as unidades de acolhimento; aumentado o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para retaguarda aos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental; criação de protocolos de atendimento; implantação de pontos de telessaúde nas unidades de atenção à saúde mental, álcool, crack e outras drogas; desenvolvimento de ações de formação e educação permanente para toda a rede de atenção; e desenvolvimento do programa de educação para o trabalho. Serão desenvolvidas também campanhas de comunicação e educação relacionadas à prevenção da dependência de drogas e ao fortalecimento da rede de saúde mental, com foco para a população adolescente e jovem.

O MS participará de ações intersetoriais para geração de renda e moradia, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério das Cidades. Com o Ministério do Trabalho e Emprego, atuará na constituição de projetos de geração de renda e economia solidária e as iniciativas para reinserção social.

Metas

- Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa “De Volta Para Casa”, passando de 3.786 em 2011 para 6.186 até 2015.
- Implantar 3.508 novos leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais e qualificar 1.615 leitos existentes, passando de 4.121 em 2011 para 7.629 até 2015.
- Implantar e implementar 640 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passando de 1650 em 2011 para 2290 até 2015.
- Implantar e implementar (número final está em fase de pactuação. A proposta é que fique entre 613 e 641) Unidades de Acolhimento até 2015.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

O processo de envelhecimento ativo e a promoção da saúde da pessoa idosa, de modo a ampliar sobretudo o seu grau de autonomia e independência para o auto-cuidado – envolvendo familiares e comunidade – constituirão um dos principais focos dessa diretriz, a ser operacionalizada mediante a adoção de um modelo que permita ampliar o acesso a uma atenção integral. Um dos instrumentos relevantes nessa atenção é a caderneta de saúde do idoso, a ser fornecida à rede de serviços. Esse modelo deverá organizar, por exemplo, as linhas de cuidado para idosos frágeis, por intermédio da formação de cuidadores, adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, bem como fortalecer as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na atenção básica. Insere-se nesse modelo, a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.

Entre as iniciativas estratégicas deverão constar a definição de um currículo nacional básico para a referida formação de cuidadores, a pactuação de mecanismos que assegurem o atendimento da determinação legal de acesso prioritário da pessoa idosa aos serviços e a ampliação do acesso de idosos a órteses e próteses.

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa, a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento destas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento e vigilância dos portadores de condições crônicas. Essas linhas compreenderão projeto terapêutico adequado, a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde. Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências.

Nesse contexto ainda, atenção especial deverá ser dada ao monitoramento de eventos medicamentosos adversos. O Ministério da Saúde atuará para fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, com vistas a definir fluxos de referência e contrarreferência, bem como as respostas aos idosos portadores de DCNT, mediante a vinculação dos pacientes às UBS. Serão promovidas também medidas para formação profissional, técnica e de qualificação das equipes, fortalecendo, por exemplo, o cuidado ao paciente com doenças circulatórias na rede de atenção à urgência.

Metas

- Capacitar 400 profissionais para o desenvolvimento do processo de qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios até 2015.
- Capacitar cinco mil profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo na modalidade de ensino a distância até 2015.
- Realizar, anualmente, inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

A estruturação do subsistema de atenção à saúde indígena constituirá uma das principais estratégias a serem adotadas na operacionalização dessa diretriz, cuja articulação com o SUS possibilitará a melhoria dos níveis de saúde desta população. Para tanto, será concluído a reestruturação das Casas de Apoio à Saúde do Índio, tendo em conta o caráter facilitador que têm no acesso da população do Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo assim de suporte entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

O cuidado preconizado nessa diretriz terá como foco a família indígena, cujas necessidades de saúde deverão ser atendidas mediante ações intersetoriais, com vistas a garantir a integralidade na atenção. No tocante à situação epidemiológica, os esforços serão concentrados na redução da morbimortalidade e, por conseguinte, na melhoria dos níveis de saúde. Nesse sentido, continuarão prioritárias a manutenção em todos os DSEI de altas coberturas vacinais já alcançadas e a elevação desta cobertura em relação às novas vacinas incluídas no calendário da população indígena (como a vacina oral de rotavírus humano e a vacina pentavalente contra a difteria, tétano, pertussis, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b). Outra prioridade será a redução da prevalência da desnutrição entre crianças e da obesidade, assim como a vigilância e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis. O tratamento do alcoolismo em áreas indígenas configurará objeto de atenção especial, o que envolverá a adoção de estratégias adequadas à realidade respectiva destes povos.

Deverão ser fortalecidas igualmente as medidas no âmbito do saneamento básico – abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade –, com base em critérios epidemiológicos e nas especificidades culturais desses povos.

Metas

- Ampliar a cobertura vacinal para 80% da população indígena até 2015, conforme o calendário de imunização específico estabelecido pelo MS.
- Estabelecer, até 2015, contratos de ação pública com os estados e municípios com serviços de média e alta complexidade na área de abrangência dos 34 DSEI.
- Implantar a estratégia “Rede Cegonha” nos 34 DSEI.
- Implantar, até 2015, sistemas de abastecimento de água em 1.220 aldeias com população a partir de 50 habitantes.
- Reformar e estruturar 58 Casas de Saúde Indígena (CASAI) até 2015.

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Nesse contexto, serão objeto de atenção a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, bem como a manutenção da capacidade de resposta do País às emergências e desastres. Constituirão igualmente prioridades o fortalecimento da promoção da saúde, nesta incluída a vigilância em saúde ambiental e a implantação da política nacional de saúde do trabalhador.

Particularmente em relação às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas frentes de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e à eliminação de agravos, com ênfase na redução do número de óbitos por dengue, na ampliação da taxa de cura da tuberculose, na redução da incidência da malária e da Aids, na eliminação da hanseníase e no diagnóstico precoce das hepatites virais, sem descuidar das demais enfermidades, sejam aquelas negligenciadas – como esquistossomose, filariose, tracoma –, sejam endêmicas, emergentes e reemergentes. Serão transferidas para estados e municípios tecnologia de monitoramento da infestação do *Aedes aegypti* desenvolvidas na Fundação Oswaldo Cruz; validadas novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da tuberculose; e realizadas melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas em municípios afetados por esta doença.

A eliminação da transmissão do vírus selvagem da rubéola e da síndrome da rubéola congênita constituirá uma prioridade no âmbito das doenças transmissíveis, o que demandará a identificação e adoção de mecanismos capazes de aperfeiçoar o processo voltado para tal. Para as outras doenças imunopreveníveis – como tétano neonatal, meningite, pneumonia, influenza sazonal –, deverão ser mantidos esforços destinados ao alcance e manutenção de altas coberturas vacinais, bem como os investimentos na rede de frio (armazenamento, conservação, distribuição e transporte de imunobiológicos). Outro desafio para o período será garantir a homogeneidade das coberturas vacinais em todo o território nacional, com altas taxas de cobertura em todos os municípios, bem como a introdução de novas vacinas no calendário do SUS, a partir dos estudos de viabilidade e custo-efetividade necessários.

No tocante às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na implementação e monitoramento do plano nacional respectivo, voltado à redução da mortalidade decorrente destas doenças. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos fatores de risco relacionados a essas doenças.

Medidas estruturantes em áreas como a saúde do trabalhador, a vigilância em saúde ambiental e a vigilância das violências e acidentes também serão mantidas e reforçadas, com foco na qualificação e melhoria dos indicadores, tendo em conta o grande impacto epidemiológico e assistencial. Entre as prioridades, estarão o aperfeiçoamento do sistema público de prevenção, diagnóstico, notificação, investigação epidemiológica, atendimento e tratamento das intoxicações de populações expostas a substâncias químicas; a vigilância dos acidentes de trabalho, a promoção de estudos e pesquisas com vistas à sustentabilidade dos serviços e ações de saúde e saneamento ambiental, bem como em medicina tropical e meio ambiente; a implantação do centro de estudos e pesquisas em desastres naturais na Fundação Oswaldo Cruz; a implantação do sistema gerenciador de ambiente laboratorial (GAL) nas unidades do sistema nacional de laboratórios de saúde pública (Sislab), permitindo gerenciar a entrada e processamento de amostras, desde a descentralização do cadastramento de requisições, triagem, processamento, rastreabilidade, laudos, relatórios e confirmação de diagnóstico; a implantação e ampliação de técnicas de biologia molecular para diagnóstico de doenças nos laboratórios centrais de saúde pública (Lacen); a capacitação dessas unidades para realização de análises de qualidade de produtos e insumos de saúde.

Em relação à vigilância sanitária, os esforços serão concentrados na qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integrada à política nacional de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o monitoramento do risco sanitário, o controle sanitário, a regulamentação sanitária e a coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária. Estarão inseridos nesses esforços o controle sanitário de viajantes, meios de transportes, infraestrutura e prestação de serviços nas áreas portuárias, aeroportuárias, fronteiras e recintos alfandegados. No conjunto de questões a serem enfatizadas no período, figurarão a regulação de publicidade e propaganda de alimentos, sobretudo aquelas dirigidas ao público infantil e a realização de estudos clínicos e epidemiológicos multicêntricos em hipertensão arterial, junto a produtores de medicamentos, acerca da eficácia e eventos adversos relacionados à população negra. Igualmente prioritárias serão a avaliação da redução dos limites tolerados de micotoxinas em alimentos, baseada no disposto em legislação específica; a implantação do sistema eletrônico de notificação e registro de produtos na área de alimentos; e a promoção do monitoramento em alimentos processados quanto aos teores de sódio, açúcares e gorduras.

No tocante à política de promoção da saúde, deverão ser enfatizadas, em conjunto com estados e municípios, medidas que estimulem a prática da atividade física, a alimentação saudável, a prevenção e o controle do tabagismo – cujas medidas serão mantidas e expandidas – e a construção da cultura de paz, entre as quais campanhas e projetos sistemáticos de comunicação e educação. Entre as prioridades, figurará o programa “Academia da Saúde”, voltado a popularizar a prática de exercícios físicos e tornar a população mais próxima dos serviços prestados, sobretudo no âmbito da atenção básica. Buscar-se-á estabelecer estratégias que contribuam para a inclusão de lideranças sociais – por exemplo sacerdotes e sacerdotisas, parteiras e benzedeiros – como agentes promotores de saúde e parceiros do SUS.

A vigilância alimentar e nutricional configurará igualmente outra prioridade no esforço de promoção da saúde, com o aprimoramento da articulação intersetorial. Nesse âmbito, deverá ser acompanhado o impacto da redução no consumo de sal, açúcar, gorduras, dietéticos e sintéticos, quer na morbimortalidade, quer em termos dos custos ao SUS. Particularmente quanto aos esforços com vistas à redução do consumo de sal por parte da população brasileira, especial atenção será conferida a alimentos processados, que representam 98% da ingestão de sódio nesta categoria de alimentos, entre os quais destacam-se as massas instantâneas, pães de forma, bisnaguinhas, pão francês, bolos e misturas para bolos, salgadinhos de milho, batatas fritas e batata palha, caldos e temperos, laticínios, embutidos, maionese, refeições prontas, derivados de cereais, margarinas e biscoitos.

Nas redes de saúde, de educação e de assistência social serão inseridas medidas promotoras da alimentação adequada e saudável. Tais medidas deverão ser implementadas de forma articulada com o plano nacional de segurança alimentar e nutricional e sintonizadas com a política nacional de alimentação e nutrição no âmbito do SUS, cuja atualização será concluída. Configurarão igualmente iniciativas fundamentais a elaboração de plano intersetorial de prevenção e controle da obesidade e a implantação de nova estratégia para o controle e prevenção da anemia ferropriva, bem como enfatizada a vigilância e o controle do déficit de estatura para a idade.

Integrarão igualmente o elenco de iniciativas relevantes no período:

- a capacitação de gestores para o planejamento, acompanhamento e cuidados no âmbito da saúde ambiental;
- o fortalecimento e expansão do controle da qualidade da água para consumo humano em serviços de saneamento de pequenos municípios, comunidades rurais e especiais, com as de quilombolas;
- a ampliação da cobertura de sistemas de abastecimento de água e de de esgotamento sanitário, de forma sustentável, em áreas urbanas de municípios com população de até 50 mil habitantes, áreas rurais e de relevante interesse social (assentamentos, reservas extrativistas, populações ribeirinhas, entre outras);

- a implantação, ampliação ou melhorias estruturais nos sistemas públicos de abastecimento de água, bem como nos de esgotamento sanitário;
- o fomento e apoio à sustentabilidade dos serviços de saneamento implantados, com ênfase nos municípios contemplados com empreendimentos do Programa de Aceleração do Crescimento;
- o fomento à pesquisa e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas, com vistas à sustentabilidade dos serviços e ações de saúde e saneamento ambiental;
- o apoio e fomento às associações, cooperativas e redes de cooperação de catadores de materiais recicláveis, mediante formação, assessoria técnica, infraestrutura e logística em unidade de coleta, triagem, processamento e comercialização de resíduos;
- a promoção da gestão sustentável da drenagem e do manejo de águas pluviais, com ações estruturais para minimizar impactos provocados por cheias e alagamentos em áreas urbanas e ribeirinhas vulneráveis;
- a ampliação das coberturas vacinais dos calendários básicos de vacinação (criança, adulto, idoso, e pessoas em condições especiais), buscando alcançar pelo menos 70% de homogeneidade de coberturas nos municípios, assim como a ampliação e descentralização da rede de frio.

Metas

- Ampliar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 64,4% em 2009 para 85% até 2015.
- Reduzir em 44% o coeficiente de prevalência da hanseníase até 2015, passando de 1,75/10.000 habitantes para 0,98/10.000 habitantes em 2015.
- Reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue até 2015, sendo 10% a cada ano, passando de 671 óbitos em 2010 para 335 óbitos em 2015.
- Reduzir a incidência parasitária anual por malária (estimada pelo IPA) na região Amazônica em 30%, passando de 13,5/1000 habitantes em 2010 para 9,45/1.000 até 2015.
- Beneficiar 30 municípios com implantação e melhorias de serviços de drenagem.
- Beneficiar 160 municípios com melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas.
- Reduzir a incidência de Aids de 20,1/100.000 hab. em 2009 para 18,9/100.000 habitantes até 2015.
- Ampliar a cobertura vacinal com a tetravalente em menores de um ano de idade, passando de 62,39% para 70% o percentual de municípios com 95% de cobertura vacinal.
- Construir, reformar e/ou ampliar e equipar 30 centrais de rede de frio de imunobiológicos até 2015.
- Ampliar a confirmação laboratorial dos casos de hepatite C, passando de 17 Unidades Federadas para 27 até 2015.
- Aumentar para mais de 90% a proporção de óbitos com causa básica definida, passando de 20 UF em 2010 para 27 em 2015.
- Reduzir em 50% a subnotificação de intoxicações por agrotóxicos até 2015, sendo 10% a cada ano, passando de 6.240 para 11.423 casos de intoxicação notificados no Sinan.

- Implantar o modelo de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos nas 27 UF até 2015.
- Implantar as academias de saúde, chegando a quatro mil unidades em 2015.
- Aumentar em 25% a cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan).
- Reduzir a desnutrição energético-proteica (déficit ponderal) entre crianças menores de cinco anos de idade em 10%, passando de 4,4% em 2011 para 4,0% em 2015.
- Reduzir a desnutrição crônica (déficit de estatura) entre crianças menores de cinco anos de idade em 15%, passando de 13,5% em 2011 para 11,5% em 2015.
- Reduzir em 25% o consumo de sal na população brasileira, passando de 12g/pessoa/dia, em 2008/2009, para 9g/pessoa/dia até 2015.
- Aumentar em 25% o número de culturas agrícolas – atualmente um total de 20 – a serem analisadas quanto aos níveis de resíduos de agrotóxicos.
- Ampliar de 12% para 100% o percentual de centros de referência em saúde do trabalhador (Cerest) que desenvolvem ações de vigilância em saúde do trabalhador.
- Ampliar a Renast, com a instalação de 10 novos Cerest voltados prioritariamente para a população trabalhadora rural.
- Ampliar o número de amostras no controle da qualidade da água relativas aos parâmetros “coliforme total” e “turbidez”, passando de 28% (333.962) de realização da análise no parâmetro “coliformes totais” e 27% (346.443) no parâmetro de “turbidez” em 2010 para 50% em ambos os parâmetros até 2015.
- Apoiar 1.125 comunidades – remanescentes de quilombos e rurais – com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação de medidas de saneamento.
- Apoiar 1.500 municípios com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação dos serviços de saneamento.
- Apoiar 320 municípios na melhoria da gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento, nas sedes e/ou nas áreas rurais.
- Apoiar 800 municípios com capacitação na gestão dos serviços de saneamento, com ênfase na elaboração de planos municipais de saneamento básico.
- Implantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos.
- Implantar obras de saneamento em 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais, incluindo os assentamentos da reforma agrária, ribeirinhos, reservas extrativistas, entre outras.
- Beneficiar 400 municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com implantação ou ampliação de sistema de resíduos sólidos urbanos.
- Beneficiar 500 municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com a implantação de melhorias sanitárias domiciliares.
- Contratar 2.703 projetos de engenharia de sistemas de abastecimento de água ou esgotamento sanitário, para apoio à execução de intervenções nestes âmbitos, em municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com baixos índices de acesso aos serviços ou qualidade insatisfatória.

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Uma das estratégias para tanto consistirá na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por intermédio dos programas “Farmácia popular do Brasil” e “Saúde não tem preço”. O “Farmácia popular do Brasil” deverá ser expandido nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza.

Serão reforçados e aprimorados os processos voltados a suprir as necessidades de medicamentos no atendimento básico e especializado no SUS, bem como aqueles demandados pelos programas estratégicos, como de tuberculose, hanseníase, DST/Aids, entre outros. Na promoção do acesso a essa assistência, estarão inseridos igualmente o fornecimento de medicamentos hemoderivados pela Hemobrás (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia).

Em termos estruturantes, deverão ser concentrados esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária do acesso aos medicamentos no contexto da garantia da integralidade da atenção. No conjunto de iniciativas relevantes, figurarão também:

- o aumento da eficiência nas compras públicas de medicamentos, mediante pactuação federativa para o financiamento, com vistas a garantir o suprimento com menores preços em longo prazo;
- o aprimoramento da regulação da assistência farmacêutica, envolvendo política de preços, aquisições e incorporação tecnológica, em consonância com as prioridades do SUS;
- a conclusão da análise de pedidos de incorporação de tecnologias em saúde no prazo de 180 dias, priorizando aqueles relacionados a doenças crônicas e letais;
- a identificação e implementação de mecanismos que permitam a atuação do profissional farmacêutico em tempo integral nas farmácias municipais;
- a garantia do cumprimento das normas sanitárias – inclusive as boas práticas farmacêuticas – em todas as fases da assistência farmacêutica pública e privada, desde a pesquisa, até a dispensação e uso;
- a estruturação da rede de assistência farmacêutica como parte integrante das redes de atenção à saúde, com o fortalecimento do sistema nacional de gestão desta assistência, bem como dos sistemas nacionais de informação;
- a implementação de medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, incluindo plantas medicinais e fitoterápicos;
- a atualização do elenco de doenças abrangidas pela assistência farmacêutica no âmbito do SUS, segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- a ampliação do elenco de medicamentos básicos disponibilizados no âmbito da AB;
- a ampliação da triagem sorológica e dos testes rápidos para hepatites B e C nos centros de testagem e aconselhamento (CTA);
- a definição e pactuação de medidas intersetoriais que possibilitem a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com base nos conhecimentos tradicionais afro-brasileiros e indígenas;
- a ampliação do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, mediante apoio a arranjos produtivos locais (APL), estratégia voltada ao desenvolvimento nacional, que identifica e potencializa recursos diversos existentes localmente e de diferente natureza (econômicos, sociais, culturais etc.).

Metas

- Ampliar a cobertura do programa “Aqui tem farmácia popular” nos municípios do mapa da extrema pobreza que tenham farmácias, passando de 638 municípios em 2011 para 2.365 municípios até 2015.
- Ampliar o elenco de medicamentos fitoterápicos da assistência farmacêutica básica, passando de oito em 2011 para 20 até 2015.
- Disponibilizar três unidades internacionais (U.I.) de fator VIII *per capita* (hemofilia A) e 0,8 U.I. de fator IX *per capita* (hemofilia B) para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias.



Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

A articulação entre o SUS e a saúde suplementar será estratégico para otimizar os recursos dos setores público e privado, bem como harmonizar e organizar a sua atuação, visando a qualidade assistencial e o cuidado continuado. Isso envolverá esforços destinados a integrar o setor, especialmente a rede de serviços compartilhada e o acesso às ações e serviços, por intermédio de mecanismos de regulação adequados à racionalização da saúde suplementar, incluindo o alcance de maiores patamares de sustentabilidade econômico-financeira.

Entre as medidas a serem implementadas figurarão também a identificação unívoca do beneficiário; o desenvolvimento do registro eletrônico em saúde; a agilização e o aprimoramento do ressarcimento ao SUS pelos serviços prestados aos portadores de planos de saúde, com evolução do processo eletrônico; e a definição do papel do setor na conformação do modelo preconizado para o sistema de saúde brasileiro. As estratégias de aperfeiçoamento da regulação da saúde suplementar enfatizarão o estímulo às operadoras para que busquem a acreditação dos serviços e promovam a melhoria de sua gestão; o aperfeiçoamento do programa de qualificação em relação à satisfação dos beneficiários e à atenção à saúde do idoso; e o incentivo aos prestadores para o monitoramento da qualidade de seus serviços.

Outra prioridade será a divulgação de informação organizada ao cidadão na oferta de planos de saúde e no acesso aos serviços, de forma a favorecer a sua escolha, bem como a entrega, com qualidade, do produto contratado. Nesse sentido, deverão ser aperfeiçoados os mecanismos de percepção das necessidades de saúde dos beneficiários. Constituirão medidas para o acesso do cidadão à informação o aprimoramento das formas de consultas no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com a oferta de informação comparativa entre operadoras e prestadores; a implementação da gestão eletrônica; a implantação de projetos piloto de análise de impacto regulatório; e o desenvolvimento de pesquisas de satisfação junto a usuários para subsidiar a busca de soluções aos problemas detectados.

No tocante ao escopo assistencial, serão identificados mecanismos que estimulem o cuidado, em substituição ao foco na cura, privilegiando um modelo de remuneração comprometido com a qualidade da assistência. Para tanto, serão estratégicos: a implementação e monitoramento do uso de diretrizes clínicas, o desenvolvimento de novas estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças; o estímulo ao parto normal; e a possibilidade de assistência farmacêutica ambulatorial aos portadores de doenças crônicas. Quanto à melhoria do acesso aos serviços contratados, um mecanismo fundamental consistirá no monitoramento do cumprimento dos prazos máximos para atendimento entre a autorização da operadora para exames e procedimentos e a sua realização efetiva, assim como a definição de critérios de suficiência de rede e o monitoramento da rede assistencial das operadoras.

No desenvolvimento de modelos sustentáveis de planos de saúde, serão priorizados: o monitoramento da contratualização entre operadoras e prestadores; a mediação para alcance de pacto setorial acerca do modelo de remuneração entre prestadores e operadoras; o desenvolvimento do novo regime de solvência; a implementação de incentivos ao aprimoramento da governança corporativa das operadoras; a realização de simulações para o cálculo do índice setorial e fatores de diferenciação, segundo o modelo de reajuste para planos individuais novos; a realização de estudos sobre a formatação de produtos, com alternativas conjugadas de mutualismo e capitalização; o acompanhamento da evolução dos preços dos produtos e do uso do mecanismo de portabilidade de carências; e o mapeamento de mercados relevantes.

Metas

- Ampliar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, aumentando em 4 vezes o número de processos concluídos até 2015.
- Operacionalizar 90% dos acordos de cooperação técnica assinados entre a ANS e instituições parceiras do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e Centrais Sindicais.

Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.

Essa diretriz será implementada na conformidade da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), cuja finalidade é contribuir para que o desenvolvimento nacional alcance a sustentabilidade buscada, com base na construção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País.

No fomento à produção e inovação, será enfatizada a articulação entre a eficiência de curto prazo e a perspectiva estratégica de capacitar o Brasil nas atividades que permitam superar a dependência estrutural em saúde. Nesse sentido, as atuais parcerias estabelecidas entre Estado, laboratórios públicos e empresas de capital nacional e multinacionais serão mantidas como exemplos de garantia de economia, fortalecimento do parque produtivo nacional e redução da vulnerabilidade brasileira em relação ao mercado internacional em longo prazo. Os laboratórios públicos terão peso importante nessa discussão, tendo em conta o caráter estratégico que têm na definição das parcerias para fomento da produção e inovação nacional. A redução da dependência externa em relação à oferta de tecnologias em saúde também constituirá argumento importante na busca de resposta a essa questão. No período 2012-2015, esse fomento à produção e inovação estará baseado:

- na determinação das prioridades em saúde, baseadas nas demandas e na política assistencial, para a produção e inovação nacional, diminuindo a fragilidade da política de saúde e do acesso por conta de oscilações no mercado internacional;
- no financiamento da produção dos insumos estratégicos, considerando a capacidade nacional para instalar plantas industriais e produzir grande parte do que é necessário ao suprimento das necessidades do SUS. Nesse sentido, será especialmente importante modernizar, investir e qualificar a gestão dos laboratórios públicos, mediante a implementação de programas específicos para tal;
- no fortalecimento da produção para favorecer o acesso a equipamentos e materiais de uso em saúde, fármacos e medicamentos desenvolvidos nacionalmente e alinhados com as linhas de cuidado prioritárias;
- no fortalecimento da produção pública para atender as demandas do MS e regular o mercado e ampliar o acesso aos medicamentos, articulando programas da assistência farmacêutica com a modernização da rede de laboratórios públicos;
- na utilização do potencial do complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde do País para a cooperação internacional entre os países do eixo sul-sul, fortalecendo o papel do Brasil no contexto mundial;
- na valorização dos fóruns existentes de discussão do marco regulatório e da política de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Nesse contexto de fomento à produção e inovação tecnológica, insere-se a Hemobrás (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia), cuja planta industrial deverá ser concluída no período. Os seus produtos serão distribuídos no SUS, colaborando assim para o acesso e tratamento da população, para o fortalecimento do complexo industrial brasileiro da saúde e para a redução da vulnerabilidade externa. Configurar-se-á igualmente prioridade o fomento ao desenvolvimento da vacina heptavalente no Brasil (difteria, tétano, pertussis, hepatite B, *Haemophilus influenzae* b, poliomielite inativada e meningocócica C – conjugada), em parceria com Biomanguinhos/Fiocruz, o Instituto Butantã/SP e a Fundação Ezequiel Dias/MG.

Em relação à produção de conhecimento científico, terão continuidade os projetos de pesquisa em execução, e será promovido o financiamento de novos temas, a partir da revisão da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde, de modo a atender as demandas do SUS, constantes das áreas de epidemiologia, economia em saúde e gestão, assim como de saúde ambiental (como energias alternativas) e segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade (como população negra, quilombolas, LGBT, ciganos etc.). Outra importante iniciativa envolverá o apoio: à formação de redes de pesquisa (rede câncer; rede nacional de terapia celular; rede dengue; rede malária; rede nacional de pesquisa clínica; rede brasileira de tecnologia em saúde); à criação de institutos nacionais de ciência e tecnologia; e à implantação de 24 núcleos de avaliação de tecnologias em saúde em hospitais de ensino.

No tocante à regulação, configurarão temas estratégicos a articulação da lógica sanitária com a lógica econômica; a incorporação tecnológica (dimensão essencial para pautar a estratégia de inovação com foco na saúde); preços (redução de custos e estímulo à produção e inovação nacional); regulação sanitária e propriedade intelectual; e ética em pesquisa, por intermédio dos Comitês de Ética em Pesquisas/CEP e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Deverá ser mantida e apoiada a interface entre os CEP e o Conep no tocante a esclarecimentos e monitoramento do termo de consentimento.

Metas

- Promover a realização de dois testes clínicos da vacina contra dengue.
- Fomentar a realização de 100 estudos nacionais em temas contemplados na agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, até 2015.
- Ampliar a produção local integrada dos insumos e produtos de maior conteúdo tecnológico, estratégicos para o SUS, passando de 8% em 2011 para 35% até 2015.
- Ampliar a produção nacional de genéricos dos itens com patentes vencidas, passando de 20% em 2011 para 60% até 2015.
- Atender a demanda do programa de controle da tuberculose com produção nacional de dois medicamentos.
- Atender a demanda do programa para a prevenção e controle das hepatites virais com produção nacional de dois medicamentos.
- Atender a demanda do programa de prevenção e controle das DST/Aids com produção nacional de três medicamentos.
- Concluir a construção do complexo industrial de produção de hemoderivados.
- Disponibilizar 300 mil litros de plasma para uso industrial e produção de medicamentos hemoderivados.
- Disponibilizar dois produtos para diagnóstico em oncologia.

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Para enfrentar o desafio da adequada alocação de médicos e demais profissionais de saúde, de forma a garantir acesso com qualidade de toda a população ao SUS, está em curso e, será aprofundado, um conjunto de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde. O Programa Nacional de Valorização do Profissional da Atenção Básica estimulará médicos, enfermeiros e dentistas recém-formados a atuar por um ou dois anos em municípios e localidades remotas, na Atenção Básica, sob supervisão presencial e à distância, a cargo de universidades públicas. Os locais contarão com a implantação de infraestrutura para que os profissionais possam receber o serviço de teleconsultorias e segunda opinião formativa na resolução dos casos clínicos e de questões envolvendo o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica. Está prevista a oferta de curso de especialização em saúde da família por meio do sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e bônus na pontuação para ingresso na Residência Médica e Multiprofissional em Saúde.

Outra medida envolve a possibilidade de quitação gradual do financiamento estudantil para médicos que optarem por atuar em municípios e localidades desprovidas de profissionais de saúde.

A ampliação da residência médica e multiprofissional em especialidades e regiões estratégicas do País está entre as ações previstas para alcançar o objetivo e as metas de adequada alocação de médicos e demais profissionais de saúde. Para que a formação em serviço seja efetiva e tenha qualidade, a supervisão constante por profissionais mais experientes é fundamental. Para dar suporte à expansão com qualidade das residências, o Ministério da Saúde está formulando um plano nacional de formação e valorização de preceptoria.

O uso das tecnologias de informação e comunicação para conectar em rede os profissionais em localidades remotas com as instituições formadoras e os diversos serviços que compõem as redes de atenção foram testadas no Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, que será ampliado para todo o País, oferecendo teleconsultorias e segunda opinião formativa aos profissionais, em articulação com o UNA-SUS, que oferta cursos e módulos de aprendizagem a partir das necessidades formativas dos profissionais de saúde do SUS, disponibilizados no seu acervo colaborativo. Um dos componentes do UNA-SUS é a Plataforma Arouca que, integrando várias bases de dados, disponibiliza a relação dos profissionais e seu histórico de formação e trabalho, bem como a relação de cursos e atividades oferecidos pela rede.

Serão ampliados, fortalecidos e alinhados com vistas ao fortalecimento da consolidação das redes de atenção à saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), voltados para adequar o perfil dos futuros profissionais de saúde às necessidades, diretrizes e ao modelo de atenção à saúde estabelecidos no âmbito do SUS.

A ampliação e a qualificação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS deverão ser enfatizadas mediante o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo das escolas técnicas – com atuação em forma de rede – e centros formadores do SUS. Será ampliado também o acesso dos trabalhadores da saúde à qualificação em serviço, a qual constituirá objeto de constante aprimoramento. A formação abrangerá, entre outros, agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas (manutenção de equipamento, órtese e prótese, registro de informação em saúde), técnicos e auxiliares em saúde bucal e técnicos em prótese dentária.

A educação permanente de gestores e das equipes de todos os níveis da atenção deverá ser realizada visando o fortalecimento das redes de atenção à saúde, a continuidade dos cuidados e a integralidade. Deverão considerar como diretrizes a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a recuperação, definindo-se ações e atribuições em todos os níveis de atenção e o papel da equipe multiprofissional com o objetivo de buscar a resolubilidade

dos serviços em cada ponto de atenção. Essa formação envolverá os profissionais de nível superior e médio, em conformidade aos princípios do SUS e alicerçada nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei 8080 e regulamentadas pela Portaria MS nº. 1996/2007 e em comissões/coordenações municipais voltadas para a gestão da educação e do trabalho em saúde.

Ao lado dos processos de formação, permanecerá como prioridade estratégica a democratização das relações de trabalho e ações para a melhoria das condições de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS. Nesse sentido, serão fortalecidos e ampliados os espaços de negociação sobre as relações de trabalho no SUS em estados e municípios. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), espaço de diálogo entre gestores e trabalhadores do SUS, deverá ser também fortalecida e suas ações enraizadas nas demais esferas. Assim, mediante apoio técnico e financeiro, buscar-se-á incentivar a criação de novas mesas e espaços de negociação, bem como propiciar ações e experiências regionais sobre gestão do trabalho e implantar os protocolos já pactuados da MNNP-SUS. Outro elemento importante consistirá em garantir maior institucionalidade à Mesa Nacional, com reformulação do regimento e de sua composição, além da articulação de suas ações com a agenda nacional de trabalho decente da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Outra prioridade será o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (PROGESUS) que, a partir de sua reestruturação, ampliará suas ações, de forma a favorecer maior articulação com as iniciativas de democratização das relações de trabalho. O programa passará a ter quatro eixos: qualificação em gestão do trabalho e educação na saúde para trabalhadores de nível médio e superior; sistemas de informação; valorização de práticas inovadoras na gestão do trabalho; e democratização das relações de trabalho.

O desenvolvimento de um sistema de informações sobre a força de trabalho em saúde, que permita a identificação dos trabalhadores, sua trajetória profissional, formação, condições de trabalho, dimensionamento da força de trabalho e projeções de necessidades, configurará grande e urgente desafio. A ferramenta desse sistema deverá permitir a articulação dos sistemas do MS, por intermédio do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, subsidiando assim a tomada de decisões dos gestores das três esferas.

Na tentativa de identificar e divulgar as ações inovadoras e boas práticas de gestão do trabalho em saúde, será aberta uma linha de financiamento a projetos nesta área, por meio do InovaSUS gestão do trabalho. A iniciativa visará contribuir para que, ao longo do processo de formação em gestão do trabalho e educação na saúde, os alunos desenvolvam projetos de intervenção e possam concretizar suas ações por meio de incentivos financeiros e apoio técnico do MS, como mais um mecanismo de estímulo à criação das áreas de gestão do trabalho e educação na saúde.

Ao lado disso, configurará prioridade igualmente o estabelecimento de novas relações de trabalho e capacitação dos gestores e gerentes no âmbito do SUS, de modo a favorecer a melhoria da eficiência. Para tanto, será fundamental a institucionalização da MNNP-SUS e a interlocução com diferentes setores e segmentos, tais como os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Defesa e do Planejamento, o Conselho de Secretários de Saúde e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, as entidades formadoras, os conselhos de profissões, as entidades nacionais de representantes de trabalhadores, entre outros.

Outro espaço importante para o desenvolvimento dessa diretriz, e que envolve os atores supracitados, será o comitê nacional de promoção da saúde do trabalhador do SUS, instituído em 2009, responsável pela elaboração das diretrizes da política nacional de promoção da saúde do trabalhador do SUS, a serem implementadas a partir de 2012.

A Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rede ObservaRH), vinculada ao Ministério da Saúde e à Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) é responsável pelo desenvolvimento da área do conhecimento que engloba a gestão do trabalho e da educação na saúde. São desenvolvidas pesquisas e novas metodologias de análise com relação à identificação quanti-qualitativa da necessidade de profissionais, seu perfil, a composição tecnológica das equipes com base no modelo de atenção preconizado. Estão previstos também estudos para estimar a carga de trabalho ideal para cada categoria de profissionais que compõem a equipe de atenção básica.

São realizados também pelas estações da Rede ObservaRH, estudos de monitoramento e avaliação das ações e políticas implementadas. Os resultados destas pesquisas subsidiam as tomadas de decisão e o planejamento das estratégias que integram a política de gestão do trabalho e da educação com base em evidências.

Será fortalecido e ampliado o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS).

Será institucionalizada a Mesa Nacional de Negociação do SUS e fortalecido o fomento à criação das Mesas Municipais e Estaduais de Negociação do SUS em todo o território nacional.

Metas

- A iniciativa de apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação em áreas estratégicas para o SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) prevê a sua expansão para atingir um total de 1.000 cursos de graduação da área da saúde.
- Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) atingirá até 2014 a meta de concessão de 216 mil bolsas, garantindo a multiprofissionalidade.
- A expansão da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde deverá alcançar mais 4.000 bolsas, além das 2.600 que já estão disponibilizadas pelo Pró-Residência. A expansão deve garantir e aperfeiçoar a qualidade dos programas e priorizar a busca pela equalização dos programas pelo território nacional e as especialidades estratégicas em relação aos objetivos estratégicos e política nacional de saúde bem como o perfil sócio-epidemiológico da população e as necessidades regionais.
- A ampliação e qualificação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS envolverá o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativos da Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (RETSUS). A meta inclui a qualificação pedagógica por meio da licenciatura de 360 professores que compõem os núcleos docentes das ETSUS. O PNS prevê a qualificação de 380 mil técnicos de nível médio como agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE). Serão formados 8.700 técnicos de nível médio nas áreas de auxiliar de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, radioterapia, hemoterapia, citopatologia e novas áreas – manutenção de equipamentos, órteses e próteses, registro de informação em saúde.
- Implantar 18 núcleos estaduais de telessaúde Brasil até 2015, cobrindo todos os estados.
- Serão inseridos 5.000 profissionais de saúde no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, para atuação em municípios e localidades desprovidos de atenção à saúde, sob supervisão e garantida a formação por meio de especialização e residência médica e multiprofissional em saúde.
- Capacitar 7.970 profissionais na área de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS e sistemas de informação em saúde.

Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

O aprimoramento do pacto federativo – com o desenvolvimento de processo de contratualização, cooperação entre as esferas e gestão compartilhada do SUS – constituirá estratégia fundamental. O fortalecimento de mecanismos – de caráter federativo e intergovernamental – que viabilizem a gestão regionalizada e compartilhada configurará uma prioridade, que deverá contribuir para a universalidade, integralidade e equidade em saúde e, neste sentido, estarão o estímulo e apoio à consolidação das Comissões Intergestores Regional (CIR). No âmbito das CIR, buscar-se-á fortalecer o processo de pactuação, a partir de instrumento que confira materialidade e corrobore para a institucionalidade dos compromissos de gestão e dos processos de contratualização. Uma estratégia desse novo modelo consistirá na elaboração e atualização do mapa da saúde, visando estabelecer parâmetros para investimentos em saúde.

Aliam-se a essa estratégia, a ampliação da participação social com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde. Os conselhos de saúde deverão ser também fortalecidos, mediante, por exemplo, o apoio à ampliação da capilaridade das resoluções e deliberações deles oriundas, à diversificação de participantes – com ênfase na participação de lideranças dos movimentos sociais – e à melhoria de suas estruturas e funcionamento. Nessa mesma linha, estará a promoção do papel dos conselhos na qualificação da gestão do SUS e o reconhecimento da educação popular como elemento de ampliação da participação social e do cuidado em saúde. Igualmente, as conferências de saúde serão foco de atenção, como a mobilização de todas as esferas em torno do compromisso para com estes espaços de participação.

A promoção da equidade em saúde em torno de segmentos em condição de vulnerabilidade – como a população negra, remanescentes de quilombos, populações do campo e da floresta, população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), população em situação de rua, população cigana – será objeto de atenção nesse processo de implementação de novo modelo de gestão. Uma das estratégias prioritárias para tal será a capacitação das equipes de saúde para o atendimento segundo as necessidades e especificidades desses segmentos. Outra estratégia consistirá na definição e pactuação de indicadores e metas diferenciadas para o monitoramento e avaliação de iniquidades em saúde desses segmentos no âmbito do SUS, assim como o estabelecimento de parcerias com outros ministérios.

Essa diretriz envolverá igualmente a implementação da política de informação e informática em saúde para a tomada de decisão nas três esferas de gestão do SUS e a universalização do cartão nacional de saúde nas redes assistenciais, de modo a contribuir para a qualificação da gestão federativa e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Será desenvolvida e consolidada a gestão da informação do SUS, para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão, envolvendo, entre outros, o aprimoramento da coleta e do tratamento dos dados relativos ao quesito raça/cor em todos os instrumentos adotados pelos serviços do SUS, tanto próprios, quanto conveniados ou contratados.

Metas

- Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), educadores populares e gestores) até 2015.
- Promover a assinatura de contratos de ação pública, com definição de responsabilidades recíprocas na rede federativa em relação à população, em 80% das comissões intergestores regionais (CIR) até 2015.
- Realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.
- Realizar seis encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015.
- Realizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde.
- Disponibilizar o cartão nacional de saúde para 100% das redes assistenciais.

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Essa diretriz envolverá questões relacionadas à organização interna ao Ministério da Saúde, buscando a efetividade na execução das ações de responsabilidade direta do governo federal e da garantia de melhor controle da aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios. As medidas decorrentes deverão manter relação sistêmica com os demais entes da federação, visando o aprimoramento do SUS. Qualificar o processo de planejamento constituirá condição para que se alcance resultados organizacionais e se maximize o uso dos recursos, seja de infraestrutura, seja financeiro ou da força de trabalho. Tal desafio requererá uma ação sistêmica, em que estejam envolvidos o Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, assim como as demais esferas de gestão do SUS, com a adoção de pressupostos conceituais e metodológicos, conforme preconizado pelo Pacto pela Saúde no tocante ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

A partir do aprimoramento dos objetivos organizacionais e da estruturação de processos de planejamento nos vários espaços institucionais de decisão, bem como do debate sobre as políticas e construção de consenso, as medidas a serem adotadas buscarão favorecer o envolvimento dos atores estratégicos, de modo a promover maior democratização, participação e transparência. Nesse sentido, entre as iniciativas a serem implementadas, destacam-se:

- o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS, com foco em resultados, tendo como referência o contrato organizativo de ação pública e a garantia de acesso;
- a implementação federativa de uma cultura voltada para a ouvidoria ativa como instrumento de gestão, com ampliação e fortalecimento do sistema nacional de ouvidoria, articulado às instâncias de controle social, e adequação dos sistemas de informação;
- o monitoramento das demandas recebidas pelo sistema integrado das ouvidorias de serviços de saúde, de modo a consolidá-las e transformá-las em indicadores quantitativos e qualitativos, disponíveis ao público em geral;
- o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS por meio do uso de ferramentas de economia da saúde, da produção de informações sobre investimentos em estruturação física e tecnológica e apoio à gestão de projetos de cooperação técnica nacional e internacional;
- a implantação de gestão por competências no MS e outras ações voltadas ao desenvolvimento institucional e à modernização administrativa;
- a institucionalização da cultura de planejamento, monitoramento e avaliação que integre as diversas áreas do MS, com ênfase na construção coletiva, no desenvolvimento institucional e no aprimoramento da articulação interministerial;
- a incorporação do quesito raça-cor e etnia no planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços;
- a modernização do processo de gestão de documentos e acesso à informação institucional;
- o desenvolvimento e consolidação da política da gestão da informação do SUS para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão;
- a qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.

Metas

- Apoiar a implantação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado.
- Apoiar o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil em 100% dos fundos estaduais e municipais de saúde anualmente.
- Implantar e implementar o indicador nacional de acesso e qualidade em saúde.
- Implantar e implementar Portal da Transparência do Ministério da Saúde.
- Realizar quatro mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública até 2015.

Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

A implementação dessa diretriz buscará fortalecer a atuação em âmbito internacional do Ministério da Saúde e da cooperação brasileira, tendo como iniciativas prioritárias:

- compartilhamento e divulgação das experiências do SUS, apoiando o seu desenvolvimento;
- apoio ao fortalecimento, em bases sustentáveis, do sistema de saúde do Haiti;
- apoio, no âmbito da saúde, às ações de assistência humanitária do governo brasileiro;
- coordenação de posições de Governo, influência e negociação de tópicos de interesse prioritário para a saúde em foros internacionais;
- fortalecimento da atuação do MS na defesa e promoção, no âmbito internacional, dos interesses brasileiros em saúde pública;
- cooperação técnica internacional em saúde, priorizando países da América Latina e Caribe e da comunidade de países de língua portuguesa (CPLP);
- executar o plano de ação do termo de cooperação Brasil-Estados Unidos (Japer);
- fortalecimento da atuação do MS nas ações de intercâmbio internacional para a redução das disparidades raciais em saúde e para enfrentamento ao racismo institucional;
- promoção da regulamentação do acesso à saúde em área de fronteira, por meio de constituição ou reativação de comissões de saúde na fronteira, acordos de localidades fronteiriças vinculadas e promoção da celebração de contratos de prestação de serviços fronteiriços pelos estados e municípios;
- implantação do ressarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira, utilizando o cartão SUS.

Metas

- Consolidar em Moçambique o escritório da Fiocruz para a África de Língua Portuguesa.
- Promover a regulamentação do acesso à saúde em área de fronteira, por meio de constituição ou reativação de comissões de saúde na fronteira, Acordos de Localidades Fronteiriças Vinculadas e promoção da celebração de contratos de prestação de serviços fronteiriços pelos estados e municípios.

Diretrizes transversais que fazem interface com o Plano Nacional de Saúde.

a) Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

As áreas rurais têm baixo acesso aos serviços de saneamento básico, o que requer uma forte atuação do poder público com abordagem própria e distinta da convencionalmente adotada nas áreas urbanas, tanto na dimensão tecnológica, quanto na gestão e na relação com as comunidades. Para as áreas rurais, em especial para as comunidades tradicionais as intervenções devem ser pensadas a partir de uma visão intersetorial e articulada, que considere as políticas públicas específicas estabelecidas para as mesmas, visando maior racionalidade nas intervenções.

As ações serão voltadas para a implantação, ampliação e/ou melhoria de abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, inclusive as melhorias sanitárias domiciliares e melhorias habitacionais para controle da doença de chagas. Estas ações têm como foco a população rural dispersa, população rural adensada, população residente em localidades de pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejo e demais agrupamentos populacionais caracterizados como rurais, incluindo as comunidades indígenas.

b Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País.

A expansão e a qualidade dos serviços públicos ofertados às pessoas em situação de extrema pobreza norteiam o Plano Brasil Sem Miséria, criado para romper barreiras sociais, políticas, econômicas e culturais que segregam pessoas e regiões.

O Plano agrega **transferência de renda, acesso a serviços** públicos, nas áreas de educação, saúde, assistência social, saneamento e energia elétrica, e **inclusão produtiva**. Com um conjunto de ações que envolvem a criação de novos programas e a ampliação de iniciativas já existentes, em parceria com estados, municípios, empresas públicas e privadas e organizações da sociedade civil, o Governo Federal quer incluir a população mais pobre nas oportunidades geradas pelo forte crescimento econômico brasileiro.

Na área da saúde estão previstas ações para a Atenção Básica, como construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, ampliação de equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, de Consultórios na Rua, de Academias da Saúde e de equipes de Saúde Bucal.

Também estão previstas ações da Rede Cegonha e da Rede de Atenção à Saúde Mental, do Programa Farmácia Popular, do Projeto Olhar Brasil e o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza (tuberculose, hanseníase, tracoma, helmintíase e esquistossomose).

A FUNASA participa do Plano por meio do programa Água para Todos com a construção de cisternas, poços e sistemas de abastecimento de água em áreas indígenas, quilombolas e comunidades rurais, além de ações para promover a qualidade da água das cisternas do semiárido. Já a FIOCRUZ direcionará 120 projetos de pesquisa em apoio ao Plano Brasil Sem Miséria.

ANEXO

A

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Fonte	Linha de base	Última apuração
1. Incidência de sarampo	Somatório anual do número de casos novos de sarampo confirmados em residentes.	Unidade	Sinan/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	0	2010
2. Taxa de incidência de Aids	Número de casos novos de Aids em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.	1/100 mil	Sinan/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	20,1	2009
3. Taxa de incidência por dengue	Número de óbitos confirmados por dengue, em residentes por (dividido) número de casos confirmados de dengue em residentes no período determinado, multiplicado por 100.	Percentual	Sinan/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	161,04	2009
4. Incidência de sífilis congênita	Somatório anual do número de casos confirmados de sífilis congênita em residentes.		Sinan/SVS/MS.	5.836	2009
5. Índice parasitário anual (IPA) da malária	Número de exames positivos de malária por local provável de infecção, excluída LVC, dividido população total residente no período determinado.	Unidade	Sivep-Malária/SVS/MS.	13,5	2010
6. Taxa de prevalência de hanseníase	Número de casos confirmados de hanseníase em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 10 mil.	1/1.000	Sinan/SVS/MS e bases de dados demográficos do IBGE.	18,83	2009
7. Taxa de incidência de tuberculose	Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.	1/10 mil	Sinan/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	35,15	2009
8. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório por (dividido) população total residente ajustada ao meio do ano, multiplicado por 100 mil.	1/100 mil	Sinan/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	162,9	2007
9. Cobertura das equipes de saúde da família	População residente atendida pelas equipes de saúde da família por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	1/100 mil	SIM/SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	52,75	2010
10. Cobertura das equipes de agentes comunitários	População residente atendida por de agentes comunitários de saúde por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Percentual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Básica (DAB) e base demográfica do IBGE.	63,17	2010
11. Cobertura das equipes de saúde bucal	População residente atendida pelas equipes de saúde da bucal por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.	34,3	2010
12. Cobertura do programa Saúde na Escola	Número de escolas cobertas com iniciativas do programa Saúde na Escola por (dividido) número total de escolas públicas, multiplicado por 100.	Percentual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAB e base demográfica do IBGE.	33,3	2010

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Fonte	Linha de base	Última apuração
13. Índice de implantação de unidades de pronto-atendimento (UPA)	Número de UPA implantadas por (dividido) número pretendido de UPA implantadas para o período, multiplicado por 100.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dape) e base cadastral do Ministério da Educação.	90,4	2010
14. Cobertura do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu)	População residente atendida pelo Samu por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Percentual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Especializada (DAE) e base demográfica do IBGE.	57,18	
15. Índice de realização de transplantes	Número de transplantes realizados por (dividido) número pretendido de transplantes para o período, multiplicado por 100.		Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE e base demográfica do IBGE.	133	2010
16. Taxa de mortalidade neonatal precoce	Direto: 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.	Percentual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): DAE – Sistema Nacional de Transplante (SNT) e base demográfica do IBGE.	10,7	2010
17. Taxa de mortalidade neonatal tardia	Indireto: 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).		Direto: SIM e Sinasc – para o cálculo direto.	3,3	2007
18. Razão de mortalidade materna	Direto: número de óbitos de residentes de sete a 27 dias de vida por (dividido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000.	Percentual	Indireto: 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.	77	2007
19. Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	Indireto: 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).		Direto: SIM e Sinasc – para o cálculo direto.	84	2010
20. Cobertura vacinal contra gripe	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas condições consideradas de morte materna, por (dividido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 100 mil.	Percentual	Indireto: 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.	80,27	2007

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Fonte	Linha de base	Última apuração
21. Taxa de prevalência de excesso de peso	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que apresentam IMC maior ou igual a 25 kg/m ² por (dividido) número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes, multiplicado por 100. *Excluídas mulheres grávidas, no numerador e denominador.	Percentual	Sisvan/DAB/SAS. POF-2003/IBGE.	40,2	2003
22. Taxa de vigilância da qualidade da água para consumo humano	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.	Percentual	Sisagua/SVS/MS.	93,77	2010
23. Cobertura de municípios com o programa Farmácia Popular – “Aqui Tem Farmácia Popular”	Número de municípios que tenham farmácias que aderiram ao Programa Farmácia Popular – “Aqui Tem Farmácia Popular”, no ano considerado.	Percentual	DAF/SCTIE/MS.	2.467	2010
24. Número de academias da saúde implantadas	Somatório do número de academias da saúde implantadas.	Unidade	SAS/SVS/MS.	0	2010
25. Regiões de saúde com contratos organizativos de ação pública (COAP) assinado	Número de regiões de saúde (CIR) com Coap assinado sobre o número de regiões de saúde (CIR) no Brasil, multiplicado por 100.	Percentual	SGEP/CIT/MS.	0	2010
26. Índice de disponibilização de UI de fator VIII	Número de UI de fator VIII disponibilizadas por (dividido) número pretendido de UI de fator VIII disponíveis para o período, multiplicado por 100.	Percentual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Departamento de Atenção Especializada (DAE) e base demográfica do IBGE.	70,3%	2010
27. Índice de implantação de Cerest	Número de Cerest implantados por (dividido) número pretendido de Cerest para o período, multiplicado por 100.	Percentual	Ministério da Saúde. SVS: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador/Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.	95%	2010
28. Índice de capacitação de técnicos de nível médio	Número de técnicos de nível médio capacitados por (dividido) número pretendido de técnicos de nível médio capacitados para o período, multiplicado por 100.	Percentual	SGTES/MS.	93,6%	2010
29. Cobertura do cartão nacional de saúde	População residente atendida com o CNS por (dividido) população total residente, multiplicado por 100.	Percentual	SGEP/MS.	100%	2010

REFERÊNCIAS

1. AQUINO, R. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* [on line], Nov. 13, 2008.
2. 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.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.
4. BARRETO, M. L. et al. 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.
5. BERMAN, P. Organization of ambulatory health care provision in developing.
6. BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Mapeamento socioeconômico 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.
7. BEZERRA FILHO, J. G. et al. 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.
8. BHUTTA, Zulfiqar A. et al. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for scaling up. *Global Health Workforce Alliance (GHWA)*, Genebra, 2010.
9. 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.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. BRASIL. Presidência da República. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 16 nov. 2011.
12. BRASIL. Presidência da República. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.972.htm>. Acesso em: 16 nov. 2011.
13. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 16 nov. 2011.
14. BRASIL. Ministério da Justiça. Sistema de Informações Penitenciárias – Infopen. Disponível em: <<https://infopen.mj.gov.br/infopenGestao/indexLogin.jsp>>. Acesso em: dez. 2007.
15. BRASIL. Ministério da Justiça. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. Brasília: Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>>. Acesso em: 04 mar 2011.
16. BRASIL. Ministério da Previdência Social. Boletim Epidemiológico da Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2008.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. IDB 2007 Brasil: indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: jun. 2008.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Discurso de posse do Ministro de Estado da Saúde, em 19 de março de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Mimeografado.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Relatório final. Brasília, DF: MS, 2008.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 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.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/reabilitacao/portaria_1060.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
29. 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. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt1229_fluxo_relat_gestao.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
30. 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2227.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Portaria_MS_GM_3085_01_12_2006.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/prt3176_24_12_2008.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
33. 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. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejasus.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
34. 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). Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/.../Portaria_648.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Temático prevenção de violência e cultura de paz II. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Painel de indicadores do SUS, n. 5).
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: jun/2008.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sih/cnv/miuf.def>. Acesso em: jun/2008.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM-CGIAE/Dasis/SVS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acesso em: jun/2008.
44. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Brasília: MDS, 2008. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate, n. 9).
45. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais – Rais. Brasília: MTE, 2007.
46. BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo. Brasília, DF: SEDH, 2007.
47. BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Sicoide – Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência. Brasília: SEDH, 2002.
48. 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: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
49. CARRARA, S.; RAMOS, S. Política, direitos, violência e homossexualidade: 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
50. CHOMATAS, Eliane. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, Porto Alegre, 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.
51. 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.
52. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1652. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 16 nov. 2011.
53. 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: Ministério da Saúde, 2004.
54. EATON, W. W. et al. The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, Baltimore, v. 30, p. 1-14, 2008.
55. ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v.11, n. 3, p. 633 – 641, 2006.
56. 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.
57. 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.
58. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Atuação do setor saúde em saneamento. Brasília: Funasa, 2002.
59. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/Apresentacao_lquerito.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.
60. GIACOMIN, K. et al. 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.
61. GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J. Ambulatory Care Manage*, [S.l.], v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.
62. HARZHEIM, Erno et al. Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no programa saúde da família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre. *Revista HCPA*, Porto Alegre, RS, v. 27, 2007. (Supl. 1).
63. HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
64. 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: Funasa, 2004.
65. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
66. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Pnad – 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
67. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Pnad – 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
68. IBGE. Censo agropecuário, 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
69. IBGE. Censo populacional, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
70. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.
71. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad, 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
72. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad, 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
73. IBGE. População rural brasileira, 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
74. IPEA. Políticas sociais: acompanhamento e análise, 2007. Brasília: Ipea, 2008.
75. IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips – Saúde). Brasília: Ipea, 2011.
76. IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.
77. KEARNEY, P. M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, London, v. 365, n. 9455, p. 217-23, 2005.
78. LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
79. LEWINGTON, S. et al. 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. *Lancet*, London, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913, 2002.
80. 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.
81. 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.
82. MACINKO, James. Analysis of the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2007): draft text. New York University, 2009.
83. MAGALHÃES, M. O. 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.
84. MARINHO DE SOUZA, M. F. et al. Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. *Health Affairs*, Millwood VA, v. 2, p. 575-584, 2007.
85. PEREZ, M. A. G. O trabalho doente entre assentados rurais. 59 f., Campinas, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.
86. MATIJASEVICH, A. et al. 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.
87. MONTEIRO et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.
88. 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.
89. OLIVEIRA, F. Saúde da mulher negra. In: *OFICINAS mulher negra e saúde: manual*. Belo Horizonte: Mazza, 1998.
90. OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

91. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: <<http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc17235/doc17235-a.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
92. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório das Nações Unidas sobre os centros urbanos no mundo. Brasília: ONU, 2007.
93. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório anual de 2008. Brasília: OMS, 2009.
94. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
95. PINTO, V. M. Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. São Paulo, 2004. Dissertação (mestrado) – Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
96. PNUD et al. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília, DF: Pnud/Opas/DFID/UNFPA/Unicef/Unesco/UNDCP/Unids/Unifem, 2011. (Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001.)
97. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Quilombolas. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 2 ago. 2007.
98. 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.
99. REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade: dossiê. Belo Horizonte: Redesaúde, 2006.
100. RIO DE JANEIRO (Estado). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Solta a voz: saúde e riscos em escolares. Rio de Janeiro: SES, 2002.
101. ROCHA, Romero; SOARES, Rodrigo R. Evaluating the Impact of Community Based Health Interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit Institute for the Study of Labor IZA Discussion, paper n. 4119. April 2009.
102. SILVA, M. O. Fronteiras culturais e sistema de saúde 2004-2006. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre, 2007.
103. SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (Bemfam). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997. (Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International INC.)
104. SOUZA, C. V. Mulher negra e miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1995.
105. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004.
106. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Childhood pesticide poisoning. Nairobi: UNEP, 2004a. Disponível em: <<http://www.who.int/ceh/publications/pestipoison/en/>>. Acesso em: jun/2008.
107. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004> – Acesso em: 27/06/2006.
108. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fact sheets: air pollution. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/inffs/en/fact187.html>>. Acesso em: jul. 2009.
109. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva: WHO, 2002.
110. 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.
111. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2008. Geneva: WHO, 2008.
112. ZANINI, Roselaine Ruviano et al. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-11, 2009.



DISQUE SAÚDE
136
Central de Atendimento
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

