

PORTARIA N^o 2.607/GM Em 10 de dezembro de 2004.

Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando os dispositivos da Lei n^o 8.080/90, relativos a planejamento, entre os quais o art. 15 que, em seu inciso VIII, estabelece como atribuições comuns das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde;

Considerando a necessidade de se dispor do Plano Nacional de Saúde – PNS como instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS;

Considerando a contribuição do PNS na redução das desigualdades em saúde, mediante a pactuação de metas estratégicas para a melhoria das condições de saúde da população e para a resolubilidade do SUS;

Considerando a importância do PNS para a participação e o controle social das ações e dos serviços de saúde desenvolvidas no País;

Considerando o processo empreendido na construção do PNS, que mobilizou diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade, possibilitando a elaboração de um Plano Nacional com capacidade para responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde no País; e

Considerando a aprovação do PNS pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião do dia 4 de agosto de 2004,

R E S O L V E:

Art. 1^a Aprovar o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1^a O PNS será objeto de revisão sistemática, na conformidade das necessidades indicadas pelo respectivo processo de monitoramento e avaliação.

§ 2^a A íntegra do PNS estará disponível na página do Ministério da Saúde/MS na internet, endereço www.saude.gov.br.

Art. 2^a Atribuir à Secretaria-Executiva, do Ministério da Saúde, a responsabilidade pelo processo de gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Parágrafo único. A Secretaria-Executiva promoverá a identificação e a implementação de mecanismos e estratégias necessários ao cumprimento da responsabilidade de que trata este artigo, contando, para tanto, com a participação dos órgãos e das entidades do Ministério.

Art. 3^a Estabelecer que os órgãos e entidades do MS procedam, no que couber e segundo os prazos legais estabelecidos, à elaboração e/ou à readequação de seus programas, atividades e projetos, segundo os objetivos, as diretrizes e as metas estabelecidas no PNS.

Art. 4^a Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Anexo

PLANO NACIONAL DE SAÚDE – UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

Ao concluir a elaboração do Plano Plurianual/PPA 2004–2007, no âmbito da Saúde, o Ministério da Saúde/MS decidiu, mantendo e ampliando a mobilização alcançada neste processo, iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde/PNS, uma iniciativa até então inédita no âmbito federal do Sistema Único de Saúde/SUS, embora o arcabouço legal do Sistema trate também, de forma específica, deste instrumento de gestão.

A Lei n^o 8.080/90 estabelece como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (artigo 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1^a do artigo 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Já a Lei n^o 8.142/90 fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, os estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o Plano de Saúde (artigo 4^a). Igualmente, o Decreto n^o 1.232/94, concernente à transferência de recursos fundo a fundo, também se refere ao plano de saúde ao tratar da distribuição de recursos segundo estimativas populacionais e do acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”.

Quanto à formulação, a referência existente é a Portaria n^o 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Especificamente em relação ao plano de saúde, as orientações aprovadas pela mencionada Portaria definem, entre outros aspectos, que: (1) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (2) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica, devendo ser submetidos, na íntegra, aos respectivos Conselhos de Saúde; e (3) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde/CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias.

O processo de planejamento, no contexto da saúde, deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade. Dessa interação – motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população – resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade – por intermédio do plano – concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população.

O Plano de Saúde é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e

atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam, assim, a direcionabilidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal. A elaboração, tanto do plano quanto dos instrumentos que o operacionalizam, é entendida como um processo dinâmico que permite, assim, a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados ou em decorrência da mudança de cenários, seja de obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados. Dessa forma, o plano requer, como estratégia básica de sua implementação, a gestão compartilhada entre as três esferas de governo que, aliada ao sistema de monitoramento e avaliação correspondente, possibilita aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações, de sua eficácia, efetividade e, desse modo, indicar rearranjos em torno dos parâmetros iniciais traçados.

PROCESSO

No enfrentamento do desafio de construir um plano estratégico para a saúde no Brasil, o Ministério da Saúde tratou de catalogar, inicialmente, o máximo de elementos constitutivos deste processo e, ao mesmo tempo, envolver todos os atores que buscaram e buscam, na implementação do SUS, entender o Brasil em suas diversidades e potencialidades. Com o apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ABRASCO e da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, foi formulada uma agenda de trabalho, cujo desenvolvimento teve início em meados do segundo semestre de 2003.

Uma das etapas iniciais dessa agenda consistiu na realização do Seminário sobre Plano Nacional de Saúde, em novembro de 2003, com o objetivo de afinar conceitos e colher subsídios sobre estrutura/conteúdo; processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação do PNS; e definição de atores para a realização de consulta e participação na construção do Plano. Desse Seminário participaram dirigentes e técnicos do MS, representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do governo federal. No ano passado, também aproveitando a mobilização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada pesquisa junto aos seus participantes visando a levantar opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no Plano Nacional.

O referencial e o processo de formulação do PNS foram objeto de discussão e aperfeiçoamento em diferentes eventos específicos, nos colegiados e fóruns internos do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Para agilizar o processo e imprimir-lhe a necessária racionalidade, estabeleceu-se que as discussões e a escuta de diferentes atores e segmentos seriam realizadas a partir de uma pré-proposta do Plano, elaborada com base:

a) nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde/12ª CNS;

b) no Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da 12ª CNS, desenvolvido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, a Secretaria de Gestão Participativa/MS, a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e a Organização Pan-Americana da Saúde, que consistiu no levantamento e na análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais; e

c) no Plano Plurianual/PPA 2004–2007, instrumento do governo federal, estabelecido no artigo 156 da Constituição de 1988, aprovado mediante lei específica do Poder Executivo.

Essa pré-proposta foi novamente discutida no âmbito dos colegiados dos órgãos e entidades do MS, os quais indicaram uma série de sugestões e ajustes. Daí resultou a proposta do Plano Nacional de Saúde que embasou a Oficina de Trabalho Macrorregional, realizada em junho de 2004, reunindo técnicos e gestores das três esferas de direção do SUS, os quais apontaram as diretrizes e metas prioritárias do PNS, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de suas respectivas áreas de abrangência. Essas prioridades configuraram insumos básicos no estabelecimento dos pactos estaduais e regionais, a partir da implementação do PNS. A proposta do PNS, encaminhada previamente aos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, foi analisada e aprovada na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004.

ESTRUTURA

O presente Plano Nacional de Saúde está expresso de modo a apresentar, objetivamente, as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007. É importante ressaltar que, ao se pensar em formatos, métodos e informações a serem colocadas à disposição de gestores, de profissionais de saúde e da sociedade em geral, observou-se que as possibilidades poderiam ser infinitas. No entanto, o importante foi o amadurecimento de desenhos iniciais que serviram como guias para conferir ao Plano Nacional a necessária clareza e precisão, aliadas à imprescindível racionalidade na sua conformação, traduzidas em objetivos, diretrizes e metas que respondessem às necessidades apontadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde e que se constituíssem em referência para os gestores e para o controle social do SUS.

Assim, o presente Plano Nacional de Saúde está estruturado em quatro partes, a saber: (1) princípios que orientam o PNS; (2) síntese da análise situacional da saúde no Brasil; (3) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004–2007; e (4) gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Considerando que esses elementos essenciais que conformam o PNS – em especial os objetivos, as diretrizes e as metas – guardam uma estreita inter-relação, foi necessária a adoção de recortes comuns buscando assegurar, ao mesmo tempo, a interdependência e especificidade desses elementos. Com isso, procurou-se, também, resguardar uma simetria mínima, mas necessária, entre esses elementos essenciais. Dessa forma, os objetivos, as diretrizes e as metas correspondentes são apresentadas segundo os seguintes recortes: (1) linhas de atenção à saúde; (2) condições de saúde da população; (3) setor Saúde; (4) gestão em saúde; e (5) investimento em saúde.

Os objetivos a serem alcançados com o PNS são os mesmos do Plano Plurianual 2004–2007 da Saúde, estabelecidos também em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo, são 22 objetivos específicos e um geral, que se refere ao PNS como um todo.

Os objetivos, as diretrizes e as metas, como assinalado anteriormente, norteiam a definição das ações a serem implementadas, as quais não são objeto do PNS. As ações que dão consequência prática ao Plano Nacional de Saúde são detalhadas nos instrumentos operacionais em que se desdobra o PNS, ou seja, os programas e/ou projetos específicos. As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – são expressas sob a forma de um enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. Para cada diretriz é apresentado o rol de metas a serem alcançadas. A propósito, vale assinalar que, por ocasião das mudanças e ajustes indicados pelo CNS, procedeu-se também à revisão de algumas diretrizes e metas, tendo

em conta sugestões formuladas por consultores e colegiados do MS. Tal revisão resultou na junção de algumas metas ou no deslocamento de outras para o âmbito das diretrizes, considerando o caráter operacional que encerram. Isso conferiu maior racionalidade ao instrumento, favorecendo, certamente, o monitoramento e a avaliação do Plano.

É importante ressaltar, de outra parte, os limites que devem ser levados em conta tanto na definição quanto no acompanhamento de algumas metas. Diversas metas estabelecidas neste Plano são baseadas nos dados existentes nos sistemas de informação de base nacional, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos/SINASC e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação/SINAN, dentre outros. É fundamental que se considere – seja na avaliação das linhas de base dos indicadores, seja no acompanhamento das metas definidas – a heterogeneidade na cobertura e a qualidade das informações desses sistemas nas diferentes regiões e estados brasileiros.

As metas que envolvem informações de mortalidade, por exemplo, podem ser influenciadas pelos problemas existentes na captação de óbitos e pelo elevado percentual de mortes por causas mal definidas em algumas regiões, especialmente no Norte e no Nordeste. Estados com melhor acurácia desse Sistema podem apresentar maiores taxas de mortalidade na linha de base ora avaliada. Por outro lado, eventuais elevações das taxas acompanhadas – quer na esfera local/regional, quer nas metas nacionais – poderão ocorrer pelo desejado aprimoramento dos sistemas de informação, sem representar, todavia, uma pior situação de saúde.

Cabe ressaltar também que, na sua operacionalização, o Plano Nacional deve estar fortemente articulado com a agenda estratégica para a melhoria da saúde no País, a qual compreende: (1) a revisão do modelo atual de financiamento; (2) uma política de investimento direcionada para a redução das desigualdades no Brasil; e (3) a efetivação de um pacto de gestão junto aos gestores das três esferas. Esse pacto requer inicialmente a qualificação dos processos de gestão do SUS, que viabilizem, de fato, decisões tripartites em torno dessa agenda estratégica. Nesse sentido, são fundamentais a definição e a explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente governamental, de cada nível do Sistema e de cada serviço, de modo a se produzirem ações integrais de acordo com as necessidades das respectivas populações e de promoção da eqüidade social.

Antecipando algumas orientações contidas em capítulo específico a seguir, é oportuno assinalar que o processo de gestão, monitoramento e avaliação deste Plano deverá considerar a capacidade de alcance da condição explicitada nos objetivos estabelecidos, evidenciando os cenários intermediários, mas prováveis, apontados nas diretrizes políticas do SUS. De outro lado, as metas servirão de parâmetro para a avaliação da distância entre a situação atual, definida na análise realizada, e a desejada. Portanto, somente o conjunto de objetivos, diretrizes e metas pode trazer o sentido das ações planejadas, servindo como elementos básicos para a elaboração dos programas e/ou projetos e a sua revisão permanente.

Por fim, cabe informar que todo referencial de construção do Plano, inclusive a íntegra da análise de situação de saúde, foi sistematizado e organizado em disco compacto (CD), estando disponível a gestores, a profissionais de saúde e a segmentos sociais interessados.

I. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

O processo de formulação do Plano Nacional de Saúde/PNS teve seus fundamentos no Plano Plurianual/PPA do governo federal, que definiu como orientação estratégica: (1) a inclusão social e a desconcentração de renda, com vigoroso crescimento do produto e do emprego; (2) o crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e por elevação da produtividade; (3) a redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; e (4) o fortalecimento da cidadania e da democracia.

Essa orientação envolve cinco dimensões – a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática – contempladas nos três megaobjetivos do PPA, a saber: (1) “inclusão social e redução das desigualdades sociais”; (2) “crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais”; e (3) “promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia”.

Articulando o planejamento do Ministério da Saúde a esse processo, foram definidos os objetivos voltados à implementação do Sistema Único de Saúde/SUS, materializados nos programas e nas ações do PPA no âmbito da Saúde. O SUS, apesar de se configurar como uma proposta bem-sucedida, vem evidenciando um conjunto de desafios para o alcance dos princípios e diretrizes assegurados no seu arcabouço jurídico-legal, quais sejam: universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização da gestão, hierarquização da atenção, financiamento das três esferas e controle social.

O Plano Nacional de Saúde vem ocupar uma lacuna existente entre as ferramentas de gestão de cada esfera de governo, principalmente o PPA e o orçamento, insuficientes para articular as ações das várias esferas de governo em busca da integralidade da atenção e da efetividade e eficiência dessas ações. Os desafios a serem enfrentados – e evidenciados na análise situacional procedida – integram o rol de dimensões do desenvolvimento de um sistema de grande envergadura e vitalidade. Tais dimensões, talvez, não tenham a possibilidade de estar plenamente contempladas num plano estratégico, mas são, certamente, objeto de articulação no conjunto de propostas em desenvolvimento por municípios, estados e União, no esforço em direção à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e à garantia de direitos previstos na Constituição brasileira. Nesse sentido, o grande objetivo proposto para o presente Plano Nacional de Saúde – e contemplado no PPA do governo federal – é:

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a eqüidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais.

A partir das diretrizes estabelecidas neste Plano – e dos programas, ações ou projetos dirigidos ao alcance de suas metas –, caberá à gestão desse processo assegurar, de maneira sistemática, a plena articulação das etapas de implementação, com a superação dos desafios levantados. Essa articulação deverá ser realizada por intermédio do acompanhamento de indicadores, da criação de espaços de diálogo com a sociedade civil e da combinação destas com as ferramentas de gestão de cada esfera de governo.

Para a discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e regional, a partir dos objetivos, diretrizes e metas do Plano, são propostos os seguintes eixos de orientação: (1) a redução das desigualdades em saúde; (2) a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; (3) a redução dos riscos e agravos; (4) a reforma do modelo de atenção; e (5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Essa definição de prioridades, que deverá indicar, entre outras, responsabilidades de cada esfera e necessidades de recursos, somente poderá ocorrer num ambiente de efetiva pactuação entre União, estados e municípios, ou seja, na lógica

do estabelecimento de um Pacto de Gestão, no qual esteja sendo revisto o processo de gestão e da relação intergestores, permitindo, assim, o avanço na afirmação de compromissos segundo os conceitos de responsabilidade sanitária. Está clara a necessidade de se superar a fragmentação do processo de planejamento e programação, atendendo à necessidade de uma construção ascendente e articulada da institucionalização de processos de avaliação do Sistema. Da mesma forma, está a estratégia da regionalização articulada, da qual emergem, como elementos essenciais do referido Pacto, a política de gestão do trabalho em saúde, a revisão do modelo de financiamento – tanto para o custeio das ações quanto para os investimentos – e o fortalecimento da gestão participativa.

Nesse contexto, o PNS constitui elemento fundamental para esse novo Pacto, revelando, a partir de uma avaliação situacional, aquilo que é o principal propósito e um dos grandes desafios do SUS: a desigualdade. Essa avaliação – construída com base num conjunto de dados e informações disponíveis no tocante às condições de saúde, à gestão, à atenção à saúde, ao setor Saúde e aos investimentos – tem como foco a desigualdade, problemática que é, ao mesmo tempo, determinante e resultado do processo de organização dos sistemas locais, regionais e nacional de saúde.

Assim, no seu âmbito de gestão, o Ministério da Saúde definiu iniciativas prioritárias que, a cada ano, passam por uma avaliação, de acordo com as metas alcançadas e o processo de gestão de restrições e revisões das estratégias mais gerais de governo. São elas: (1) ampliação do acesso a medicamentos, com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares; (2) qualificação da atenção à saúde (QUALISUS); (3) saúde bucal; (4) saúde mental; (5) saúde da mulher; (6) controle da hanseníase e tuberculose; (7) incremento do sistema de transplantes; (8) implantação do serviço civil profissional em saúde; (9) investimentos em saneamento; (10) garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos; (11) saúde indígena; (12) monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS; (13) regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; (14) aprovação do Plano Nacional de Saúde; (15) qualificação da gestão e regionalização no SUS; e (16) aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

Essas iniciativas, validadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, têm servido como referência para todo o planejamento do Ministério no desenho das estratégias de ação e na definição da alocação de recursos, instituindo, desse modo, processo de permanente interlocução com os atores centrais do Sistema, quais sejam, os gestores e conselheiros de saúde.

II. ANÁLISE SITUACIONAL

Conforme assinalado na introdução, a análise situacional e as diretrizes são formuladas segundo cinco recortes, a saber: (1) as linhas de atenção à saúde; (2) as condições de saúde da população; (3) a gestão em saúde; (4) o setor Saúde; e (5) o investimento em saúde.

Ao iniciar essa análise, é importante considerar preliminarmente o padrão de desigualdade em saúde no Brasil, caracterizado pela polarização dos dados nacionais e intra-regionais, com a Região Sul apresentando, em geral, indicadores mais favoráveis que as demais regiões (Duarte, et al., 2002). Essa região, também, é a que revela resultados com alto grau de homogeneidade, enquanto as demais mostram estruturas polarizadas: a Norte e a Nordeste, com indicadores predominantemente desfavoráveis, a Sudeste e a Centro-Oeste, com indicadores predominantemente favoráveis. Esse padrão de desigualdade parece atravessar os vários recortes de análise, tanto em relação à morbimortalidade quanto em relação à organização dos serviços de saúde.

A despeito das limitações para as análises de desigualdades em saúde, relativas à qualidade e à amplitude das informações de saúde disponível, é possível afirmar que o Estado brasileiro está frente a um grande desafio: combater simultaneamente a exposição aos fatores de risco das doenças do “atraso” e do “desenvolvimento”. Isso implica a intervenção tanto por meio de políticas de redistribuição de riqueza, ampliação de infra-estrutura e extensão do acesso aos serviços públicos, quanto maior eficiência na regulação da composição dos produtos de consumo doméstico e de uso na produção, bem como nas políticas de combate à violência e de detecção e tratamento precoce das doenças crônicas-degenerativas.

1. ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

O Brasil ocupa uma área de 8,5 milhões de km², sendo o maior País em extensão territorial da América Latina e o 5º do mundo. A sua organização político-administrativa compreende a União, 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas (Brasil, 2002c).

O atual quadro demográfico brasileiro é resultado de várias transformações, tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população (Brasil, 2001b).

Conforme o último censo populacional realizado no País, a taxa de crescimento populacional no Brasil foi da ordem de 1,6 % ao ano, no período de 1991 a 2000 (Brasil, 2000a). A taxa de fecundidade total passou de 2,6 filhos por mulher, em 1991, para 2,2 filhos, em 2000, representando uma redução de 15,4%. A taxa de natalidade reduziu-se de 23,6, em 1990, para 21,2, em 1999, um decréscimo de 10,2%. A esperança de vida ao nascer, em 1990, era de 60,7 anos, passando para 68,5 anos, em 2000, correspondendo a um aumento de quase oito anos. A comparação das pirâmides etárias da população brasileira entre 1980 e 2000 mostra progressivo estreitamento da base, revelando acentuada diminuição da proporção de jovens e expressivo envelhecimento da população.

No Brasil, observa-se a passagem – característica da transição demográfica – de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, com um crescimento progressivo da população idosa. Assim, a comparação das pirâmides etárias da população brasileira entre 1980 e 2000 mostra progressivo estreitamento da base, revelando acentuada diminuição da proporção de jovens e expressivo envelhecimento da população. Segundo as projeções estatísticas da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra cinco vezes a população total. Isso colocará o País como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas de 60 anos e mais de idade. As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no País passará de 7,3%, em 1991, para quase 15%, em 2025, que é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus. Em 2000, o índice de envelhecimento – número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens – no Brasil, foi de 19,77, variando de 9,77, na Região Norte, a 22,88, na Sudeste. A Região Sul apresentou um índice de 22,60; a Nordeste, de 17,73; e a Centro-Oeste, de 14,29.

Em 2000, o Brasil possuía uma população de 169,9 milhões de habitantes: 42,6%, na Região Sudeste; 27,9%, na Nordeste; 14,7%, na Sul; 7,8%, na Norte; e 7,0%, na Centro-Oeste (Brasil, 2000a). Por outro lado, 52,1% da população

brasileira está concentrada nos 239 municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes (4,3%). Nos municípios com população de até 20.000 habitantes (72,3%), moram 18,7% do total da população. As 26 regiões metropolitanas brasileiras concentram 413 municípios (7,4%), onde residem aproximadamente 40% da população. A população urbana corresponde a 81,3% do total. Do total da população, 50,8% são mulheres e 49,2% são homens. Além disso, 54,3% dos habitantes se declararam de raça branca, 44,7% de raça preta e parda, e apenas 1% nos demais grupos (amarela, indígena ou sem declaração).

Os dados sobre razão de renda, proporção de pobres, desemprego e analfabetismo, entre outros indicadores, traçam o perfil socioeconômico da população brasileira, caracterizado por profundas desigualdades regionais e entre os diferentes grupos no interior da sociedade (Brasil, 2001b). A porcentagem da população, em 2001, com renda familiar mensal de até meio salário mínimo per capita, e que declararam não ter rendimentos, registrou a razão de 43,5%. Na Região Nordeste, chegou a 52,7% e, na Região Norte, a 47,6%; na Região Sudeste, atingiu 39,5%, seguida da Região Sul, com 37,7%, e a Centro-Oeste, com 41,3% (Brasil, 2001a).

A taxa de desemprego, nos últimos anos, tem registrado um valor percentual de cerca de 10% a 12% da população economicamente ativa/PEA. Entre as regiões, o maior desemprego ocorreu na Sudeste, onde se concentram a população e a produção brasileira. Nas áreas metropolitanas, em dezembro de 2003, a taxa de desocupação foi de 10,9%, conforme Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE. O analfabetismo diminuiu no Brasil, passando de 20%, em 1991, para 14%, em 2000, com queda em todas as regiões e grupos de idade. Contudo, observam-se desigualdades regionais desse indicador, que se mantém elevado principalmente no Norte e no Nordeste. O censo de 2000 registrou variações entre 26%, no Nordeste, e 8%, no Sul.

Deve-se ressaltar que as desigualdades entre os diferentes segmentos da população brasileira serão tratadas no item 3, destacando-se aqueles mais vulneráveis como as mulheres, os negros e os índios, dentre outros.

2. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nessa análise, serão consideradas cinco linhas de atenção à saúde, incluindo: (1) a atenção básica; (2) a atenção ambulatorial especializada; (3) a atenção hospitalar; (4) os serviços de urgência e emergência; e (5) o transplante de órgãos e tecidos.

Cabe destacar, inicialmente, dois aspectos que perpassam todas essas linhas de atenção, constituindo-se em importantes eixos estruturantes das ações com vistas à superação das desigualdades em saúde: a reorganização da prática assistencial e a qualificação das ações e serviços oferecidos. Em relação ao primeiro, ressaltam-se o fortalecimento da atenção básica, a desinstitucionalização das práticas sanitárias – com o desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar – e a racionalização da utilização das tecnologias médicas, sobretudo a atenção ambulatorial especializada e a alta complexidade. Em relação ao segundo eixo, enfatiza-se a humanização do atendimento, promovendo-se um maior acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde.

No Brasil, historicamente, a atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, o fortalecimento da atenção básica vem ocorrendo por intermédio da expansão da estratégia de saúde da família que, mediante o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, busca-se estender essa estratégia para os grandes centros urbanos, assegurando-se atenção integral e qualificada, com investimentos nos vários níveis assistenciais.

Os gastos totais com procedimentos na atenção ambulatorial especializada no SUS são muito maiores que os gastos com os procedimentos de alta complexidade, embora os custos unitários destes últimos sejam mais altos. Assim, os gastos com os procedimentos de média complexidade atingiram, em 2003, o valor de cerca de R\$ 3,8 bilhões, apresentando um crescimento de 25,4% em relação a 2002. Uma nova política de organização desse nível da atenção deve considerar uma série de problemas de diferentes ordens, a saber: (1) em relação à oferta: sistema com base na lógica de procedimentos que desconsidera as necessidades da população; incorporação tecnológica acrítica; (2) em relação à demanda: acesso aos procedimentos baseado na oferta, com consequente concentração em determinadas áreas geográficas; e (3) em relação a serviços: serviços com baixa resolubilidade; (4) falta de qualificação profissional; (5) inadequada co-responsabilidade dos profissionais especializados pela saúde integral do paciente; e (6) falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais, gerando superposição de ações.

No tocante à atenção hospitalar, conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES, existiam, em abril de 2004, 6.012 estabelecimentos de saúde no Brasil com potencial de realizar internações, com seus 451.320 leitos hospitalares cadastrados. Desses leitos, 86,5% estão destinados ao SUS. Entre esses estabelecimentos, 70% são do tipo geral. Em 2003, foram realizados cerca de 12,1 milhões de internações no valor de aproximadamente R\$5,8 bilhões. Em 2002, o País possuía 2,7 leitos por 1000 habitantes, considerado razoável em relação às recomendações da OMS (Brasil, 2002c). Há, porém, alta predominância de oferta em áreas urbanas e vazios assistenciais em áreas de menor densidade populacional, com concentração dos leitos na esfera privada e nas regiões mais desenvolvidas do País.

No Brasil, existe uma significativa pulverização de leitos em pequenos hospitais, com 10% destes localizados em estabelecimentos de saúde com menos de 30 leitos, representando 43% da rede hospitalar e consumindo mais de R\$ 300 milhões/ano. A maioria desses hospitais – 70% – está localizada em municípios com menos de 30 mil habitantes e, com freqüência, representam a única possibilidade de internação local.

A qualificação da assistência de urgência e emergência tem como desafios a melhoria da resolubilidade, o acolhimento adequado – com triagem classificatória de risco – e a humanização do atendimento, com a consequente satisfação da população. Assim, devem-se equacionar os seguintes problemas: (1) estrutura física e tecnológica: pronto-socorros com áreas físicas inadequadas, insuficiência de equipamentos e insumos e inadequada retaguarda de recursos diagnósticos e terapêuticos; (2) recursos humanos: equipe profissional insuficiente, com capacitação inadequada para atuar nas urgências; (3) atendimento pré-hospitalar móvel, com regulação médica de urgências, instalado em pouquíssimas cidades do País, sobretudo nas capitais, resultando em desperdício de recursos públicos em decorrência do paralelismo de ação entre os serviços existentes; (4) unidades de pronto atendimento não-hospitalares em número insuficiente e com baixíssima resolubilidade, trabalhando com recursos físicos e humanos inadequados e/ou insuficientes; (5) insuficiente retaguarda de transporte para a adequada transferência de pacientes que necessitam de intervenções que o serviço que

prestou o primeiro atendimento não tenha complexidade para oferecer; (6) ausência de assistência nas estradas, exceto em algumas grandes rodovias concedidas ao setor privado, onde a assistência ocorre, via de regra, fora dos padrões técnicos recomendados pela legislação vigente; (7) insuficiente estruturação, pactuação e regulação das internações para garantir acesso aos serviços de maior complexidade em urgências dos pacientes de municípios de pequeno e médio portes; (8) inadequação nas tabelas de procedimentos SIH e SIA/SUS, com prejuízo financeiro e de registro de informações sobre a assistência prestada; e (9) inadequação do cadastramento das unidades de urgência, com enorme dificuldade de levantar dados sobre a atenção oferecida.

A atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou-se na década de 60, tendo, desde então, uma evolução considerável, sobretudo a partir da criação do Sistema Nacional de Transplantes/SNT, em 1997. Enquanto em 1996 realizaram-se 3.979 transplantes, em 2002 foram efetuados 7.981 transplantes pagos pelo SUS, representando um crescimento de mais de 100%. O Brasil figura hoje em segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo, o que demonstra claramente os investimentos realizados nessa área.

Contudo, alguns problemas são identificados no processo de transplantação no Brasil, destacando-se: a insuficiente participação do Ministério da Saúde na articulação e no acompanhamento do processo doação/transplantes no País; a defasagem da legislação em face da realidade; a carência de controle sobre a qualidade dos transplantes realizados; o aumento dos gastos não-proporcionais ao aumento do número de transplantes; o amplo crescimento de serviços privados de transplantes, desarticulados dos serviços de suporte necessários (laboratórios específicos e de histocompatibilidade, bancos de sangue, etc.), em detrimento de um real estímulo ao desenvolvimento de serviços públicos municipais, estaduais e federais de transplante de órgãos e tecidos; a inexistência de um sistema informatizado que atenda ao gerenciamento nacional da lista de espera de órgãos e tecidos; a carência de recursos humanos no SNT e na coordenação nacional.

3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A análise das condições de saúde da população brasileira é aqui realizada em três dimensões: (1) uma visão geral da morbimortalidade; (2) a situação sanitária dos grupos mais vulneráveis; e (3) uma abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção particularmente importantes no campo da saúde pública.

Em relação à primeira dimensão, devem-se destacar as diferenças observadas na mortalidade, segundo faixa etária, sexo e regiões do Brasil, considerando o ano de 2001. O principal grupo de causas de morte, em todas as regiões e para ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório. Em seguida, vêm as causas externas nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste, e as neoplasias, na Região Sul. O risco de morte por causas externas difere segundo o sexo, sendo o segundo grupo de causas de morte para os homens nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste. Na Região Sul, o segundo grupo de causas de morte para os homens foi o das neoplasias. Para as mulheres, as neoplasias foram o segundo grupo de causas de morte em todas as regiões. As causas externas apresentaram-se como o quinto grupo de causas de morte para as mulheres em todas as regiões, com exceção da Região Sul, onde é o quarto grupo de causas. Os homens morreram mais precocemente que as mulheres. Por exemplo: entre os óbitos masculinos, 23% ocorreram na faixa etária de 15 a 44 anos de idade, enquanto que, para as mulheres, este percentual foi de 11%. O risco de morrer por causas externas – na faixa etária de 15 a 44 anos de idade – e por doenças do aparelho circulatório – na faixa etária de 25 a 44 anos – é maior entre os homens que entre as mulheres.

Por outro lado, o risco de morte por câncer foi maior entre as mulheres, quando comparadas aos homens, na faixa etária de 25 a 44 anos de idade. A partir dos 45 anos de idade, as doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causas de morte, seguido das neoplasias e, depois, das causas externas. Para os homens, o risco de morrer é maior que o risco das mulheres, tanto para as doenças do aparelho circulatório quanto para as neoplasias.

Uma análise importante refere-se aos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL). Segundo Schramm et al. (2004), o estudo da carga de doença por meio de seu indicador, o Daly (Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O Daly para uma doença ou condição de saúde é calculado como a soma dos anos de vida perdidos devidos à morte prematura (YLL – Years of Life Lost) e anos vividos com incapacidade (YLD – Years Lived with Disability).

Para o Brasil, em ambos os sexos, essa análise mostra que 27% dos YLL pertencem ao grupo I (doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais); 58% pertencem ao grupo II (doenças não-transmissíveis) e 15% pertencem ao grupo III (causas externas) (SCHRAMM et. al., 2004). As maiores proporções de YLL para o grupo I ocorreram nas Regiões Norte e Nordeste, e um gradiente mais elevado para os agravos do grupo II, nas Regiões Sul e Sudeste. Para o grupo III, as proporções mais elevadas ficaram para as Regiões Centro-Oeste e Sudeste. As principais causas responsáveis pela expressiva perda de anos de vida foi o grupo de doenças cardiovasculares, com 24% dos YLL, e os cânceres, com 12%, apesar de as doenças infecciosas e parasitárias, com 10% dos YLL, ainda ocuparem uma posição relevante.

Em relação à morbidade, merecem destaque as doenças infecciosas e transmissíveis e o câncer.

A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: (1) doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicadas; (2) doenças transmissíveis com quadro de persistência; e (3) doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Entre as doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicadas incluem-se a varíola, o sarampo, a raiva humana, o tétano neonatal, a difteria, a coqueluche e o tétano accidental, a doença de Chagas, a hanseníase, a febre tifóide, a rubéola, a oncocercose, a filariose e a peste. Algumas doenças transmissíveis apresentam um quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, incluindo-se a malária, a tuberculose, as meningites, a leishmaniose e a febre amarela. Em relação às doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, ressalta-se o surgimento da aids, no início da década de 80, a reintrodução da cólera, a partir do Peru, em 1991, e a epidemia de dengue, que passou a constituir-se, no final dos anos 90, em uma das prioridades de saúde pública no País.

Foram estimados, pelo Ministério da Saúde, para 2003, em todo o Brasil, 402.190 casos novos e 126.960 óbitos por câncer. Para o sexo masculino, foram esperados 186.155 casos novos e 68.350 óbitos, enquanto que, para o sexo feminino, estimaram-se 216.035 casos novos e 58.610 óbitos. Os principais cânceres a acometer a população brasileira seriam: mama feminina (41.610 casos novos), próstata (35.240 casos novos), pulmão (22.085 casos novos) e estômago (20.640 casos novos).

Considerando que a conclusão das análises de mortalidade só é feita a partir da validação dos dados do Sistema Nacional de Informações de Mortalidade/SIM, que ocorre com uma defasagem de dois anos, podem ser traçadas

estimativas, para o ano de 2003, em relação à taxa de mortalidade por câncer. Assim, para cada 100 mil homens, 13% teriam câncer de pulmão, 9,47% de próstata, 8,45% de estômago, 4,97% de esôfago e 4,24% de cólon e reto. Para cada 100 mil mulheres, 10,40% teriam câncer de mama, 5,45% de pulmão, 4,73% de cólon e reto, 4,58% de colo de útero e 4,27% de estômago.

Uma vertente de estudo para análise das desigualdades é a carga de doença. Assim, no Brasil, a maior parte dos anos de vida vividos com incapacidade (YLD, que corresponde à expressão inglesa Years Lived with Disability) provém das doenças não transmissíveis (grupo II), tanto para homens quanto para mulheres. Destaca-se que, enquanto no sexo masculino 7,7% dos YLD são do grupo III (causas externas), apenas 3,5% dos YLD calculados entre as mulheres também estão nesse grupo. Dentro do grupo II, verifica-se um excesso de 15% de morbidade para o sexo feminino, em relação ao masculino, para as doenças neuro-psiquiátricas, e de 40% para as doenças músculo-esqueléticas. Em contraste, identifica-se um excesso de morbidade de 40% para o sexo masculino para as doenças respiratórias crônicas.

A segunda dimensão de análise focaliza-se nas condições de saúde dos grupos vulneráveis no interior da sociedade brasileira, incluindo a população do campo, os negros, os índios, as crianças, os adolescentes e jovens, as mulheres, os idosos, os trabalhadores, os portadores de deficiências e os presidiários.

No âmbito da população do campo, estão compreendidos os agricultores, os familiares, os trabalhadores rurais assalariados e os em regime de trabalho temporário, os trabalhadores rurais assentados, os trabalhadores rurais que não têm acesso à terra e residem em acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, populações que moram em reservas extrativistas, população ribeirinha, populações atingidas por barragens e trabalhadores que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo. Os dados abaixo mostram a dimensão dessa população no Brasil.

Dados oficiais do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária/Incra, de julho de 2003, informam que existem 6.044 assentamentos no País, distribuídos em 1.857 municípios, com capacidade para cerca de 760 mil famílias. Os acampamentos informados pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura/CONTAG somam 419, com cerca de 43 mil famílias distribuídas em 297 municípios. Os acampamentos do MST são 595, com cerca de 87 mil famílias. As comunidades remanescentes de quilombos são 743, distribuídas em 315 municípios, ocupando cerca de 30 milhões de hectares e com uma população estimada de dois milhões de pessoas. Entre as populações que moram em reservas extrativistas, estima-se a existência de cerca de 100 mil seringueiros, 60 mil pessoas vivendo da extração da castanha e 400 mil garimpeiros. As quebradeiras de coco de babaçu, na sua grande maioria mulheres, comporiam um universo de cerca de 300 mil pessoas, distribuídas pelos Estados do Tocantins, do Maranhão, do Pará e do Piauí. Estima-se, ainda, para a Região Amazônica, a existência de cerca de 700 mil agricultores familiares, com distintas situações de domínio da terra. As populações ribeirinhas habitam, principalmente, os Estados do Amazonas, de Rondônia, do Acre, do Pará, de Mato Grosso, do Amapá e de São Paulo, estimando-se, para toda a Região Amazônica, mais de 600 mil pessoas, das quais cerca de 300 mil no Estado do Amazonas. Os atingidos por barragens correspondem a uma população estimada em 10.000 famílias, sendo que, até o ano de 2006, com as novas obras previstas, calcula-se que sejam atingidas mais de 70.000 famílias.

A população rural brasileira representa 19% da população geral, sendo que 15 milhões de agricultores – 37% das famílias rurais – vivem abaixo da linha da pobreza, 11% vivem somente da aposentadoria rural e 4,8 milhões de famílias são agricultores sem terra. A iniquidade na distribuição da riqueza é apresentada em números: apenas 600 dos 850 milhões de hectares de superfície do território brasileiro foram registrados pelo Incra. Desses, 250 milhões de hectares estão classificados como terras devolutas e 285 milhões como latifúndios. Associada à elevada concentração da terra, há uma imensa desigualdade no acesso à renda. De acordo com os dados do censo de 2000, cinco milhões de famílias rurais vivem com menos de dois salários mínimos mensais, cifra esta que, com pequenas variações, é verificada em todas as regiões do País. No campo brasileiro, são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza, decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida.

A desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano/IDH, que envolve a alfabetização, a expectativa de vida e a renda per capita, considerando a raça, para o ano de 1999, resultou que o IDH da população negra coloca o Brasil na 108^a posição, em contraponto ao da população branca, que ocupa a 49^a (trabalho desenvolvido pelos pesquisadores Wânia de Jesus Sant'Anna e Marcelo Paixão).

A expectativa de vida na população negra é de 64 anos, enquanto na população branca é de 70 anos (Oliveira, 2003). Mulheres afro-descendentes têm uma expectativa de vida de 66 anos, três anos abaixo da dos homens brancos, contrariando a tendência mundial de que as mulheres vivem mais do que os homens, e cinco anos abaixo da expectativa das mulheres brancas. As mulheres negras têm 25% a menos de chance de chegar aos 75 anos de idade do que as mulheres brancas.

Em 2001, 17,5% dos domicílios com chefia afro-descendente não tinham acesso à água tratada, contra 7,1% com chefia branca. Além disso, 35% entre os chefiados por afro-descendentes, contra 16,5% chefiados por brancos, não tinham esgoto sanitário (Sant'Anna, 2003).

A taxa de analfabetismo dos afro-descendentes de 10 a 14 anos de idade é quase quatro vezes maior que a dos brancos da mesma faixa etária. As taxas de analfabetismo para pessoas de 15 anos ou mais de idade ainda eram, em 2001, duas vezes mais elevadas para negros (18%) que para brancos (8%). O analfabetismo funcional – pessoas com menos de quatro anos de estudos –, em 2001, atingia cerca de 44% das pessoas de 25 anos e mais de idade da população negra, enquanto incidia sobre 25% da população branca da mesma faixa etária.

Depara-se com uma desigualdade ainda maior quando se compara a proporção de pessoas de 25 anos e mais de idade que possui entre 11 e 14 anos de estudo (superior incompleto): 22% dos brancos está nesta categoria e apenas 14% dos negros. Por fim, para pessoas com 15 a 17 anos de estudo, que possuem nível superior e/ou outro estudo adicional, como o mestrado, os brancos ficam no patamar de 10% enquanto os negros atingem 2,5% (Shicasho, 2002).

A diferença entre a mortalidade infantil entre as crianças negras e as brancas, no Brasil, tem aumentado muito a despeito de a mortalidade infantil no País vir caindo consideravelmente. No período de 1993-1994, a taxa de mortalidade infantil das crianças afro-descendentes foi de 62,3 por 1000 nascidos vivos, enquanto para as crianças brancas foi de 37,3 por 1000. Em 1996, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade foi de 76,1 por 1000 nascidos vivos para afro-descendentes e 45,7 por 1000 nascidos vivos para as brancas (Sant'Anna, 2003).

Atualmente, os povos indígenas comprehendem aproximadamente 410 mil pessoas, ocupando cerca de 12% do território nacional (Brasil, 2002e). Perto de 60% dos índios vivem nas Regiões Centro-Oeste e Norte, onde estão

concentradas 98,7% das terras indígenas.

O perfil epidemiológico da população indígena é marcado por altas taxas de incidência por doenças respiratórias e gastrintestinais agudas, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição, doenças imunopreveníveis, malária e tuberculose. Além disso, tornam-se cada vez mais freqüentes problemas tais como hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio. No tocante à saúde indígena, assinala-se que os dados mostram que a mortalidade infantil vem declinando a uma média de 10,6% ao ano, em relação a 1998, quando era de 96,8 por 1000 nascidos vivos, chegando, em 2002, a um coeficiente de 55,7 por 1000 nascidos vivos. Vale ressaltar que, em 2000, o coeficiente de mortalidade infantil para as crianças não indígenas foi de 29,6 por 1000 nascidos vivos.

A imunização destaca-se como uma das principais ações para a prevenção de doenças, havendo um esquema vacinal especial para as áreas indígenas, com ampliação de imunobiológicos disponíveis e de categorias de idade elegíveis. Contudo, a sua operacionalização é complexa e não tem sido efetivamente executada pelas equipes de saúde, devido, em parte, a algumas dificuldades, como: (a) transporte dos imunobiológicos e seus respectivos insumos; (b) insuficiência de veículos e a sua inadequação para o transporte dos imunobiológicos; (c) falta de pontos de apoio com energia para a conservação das vacinas; e (d) necessidade de acondicionamento, conservação e transporte, em condições especiais, dos imunobiológicos, principalmente nas áreas indígenas da Amazônia Legal, onde se encontram 54,2% da população.

Em relação à saúde da criança, foi observado nas últimas décadas, no Brasil, um declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85,6 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 1980, para 27,8 por 1000 nascidos vivos, em 2002. Essa redução ocorreu principalmente em razão da diminuição da mortalidade pós-neonatal – 28 dias a um ano de vida –, embora a sífilis congênita, agravo considerado um verdadeiro marcador da qualidade de assistência obstétrica, tenha se mantido ao longo das décadas com elevadas taxas de mortalidade, em especial na Região Nordeste do País (Lima, 2002).

Contudo, a mortalidade infantil continua elevada, decorrente da estagnação da mortalidade neonatal no Brasil (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres do País, refletindo as desigualdades sociais. Em 2001, as causas perinatais foram a principal causa de mortalidade infantil, em todas as regiões, seguida das malformações e das doenças infecciosas. A chance de uma criança morrer por causas perinatais é seis vezes maior do que morrer por doença infecciosa no primeiro ano de vida. A mortalidade proporcional de menores de um ano de idade foi maior nas Regiões Nordeste e Norte, sendo nesta última três vezes maior que na Sul (13,2% e 4,5%, respectivamente).

A trajetória da desnutrição infantil tem apresentado tendências expressivas de declínio nestas duas últimas décadas. No Brasil, o déficit de peso para a idade reduziu-se em 20,8% no período de 1989 a 1996. Contudo, na população de crianças que vivem na zona rural, a redução foi de apenas 14%. Entre as regiões brasileiras, a maior redução no déficit de peso para a idade, nesse mesmo período, ocorreu na Região Nordeste, com um declínio de 35,1%. Apesar de não se dispor de dados nacionais recentes e precisos sobre as carências nutricionais e o excesso de peso, sabe-se, no entanto, que ambos constituem problemas de saúde pública.

A juventude brasileira, composta por indivíduos de 10 a 24 anos de idade, representa aproximadamente um terço da população, mais de 51 milhões de jovens. Em 1970, o País contava com 18,3 milhões de jovens de 15 a 24 anos de idade e, em 2000, com mais de 32 milhões nesta mesma faixa etária. O aumento populacional desse segmento, ocorrido nas últimas três décadas, resulta de uma transformação na estrutura etária da população brasileira, em razão da queda da fecundidade, do declínio da mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer.

Entre os agravos à saúde que afligem esse grupo populacional no Brasil, destacam-se a violência, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e aids, o envolvimento com drogas e seu tráfico, o desemprego, dentre outros. Dados relacionados à morbidade hospitalar do SUS por causas externas revelam que, em 2003, 16% das internações por essas causas ocorreram na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, tendo sido registrados 1.835 óbitos. Segundo dados SIH/SUS, das 121.433 internações nessa faixa etária, 67% decorreram de outras causas externas de traumatismos acidentais, tais como quedas, afogamentos, envenenamentos e lesões provocadas por armas de fogo. No período de 1993–2002, a taxa de homicídios da população negra é superior a da branca: 34 em 100 mil e 20,6, em 100 mil, respectivamente. Além disso, “a proporção de vítimas de homicídios entre a população parda ou preta é 65,3% superior à branca” (Waiselfisz, 2004).

A fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade, em 1980, representava 9,14% da fecundidade total do País, alcançando 19,38%, em 2000. Nas Regiões Norte e Centro-Oeste, as participações são, respectivamente, de 22,55% e 23,56%. Em 2001, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC registrou um total de 3.106.525 nascidos vivos no País, sendo 23,3% filhos de mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade. A maior proporção foi observada na Região Norte (30,3%) e, a menor, na Região Sudeste (19,8%).

Em 2001, no Brasil, ocorreram 42.937 óbitos na população entre 10 e 24 anos de idade, sendo 21.371 mortes entre os homens e 11.566 entre as mulheres. Segundo o SIM, os acidentes de transporte foram a causa de morte mais incidente na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, com uma taxa de mortalidade de 7,3 por 100.000 habitantes para os homens e de 3,3 para as mulheres.

As principais causas de morte da população feminina no Brasil são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em especial a diabetes e as causas externas (Brasil, 2000b).

A queda da mortalidade materna de 1999 a 2001 pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. A partir do ano de 1998, diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS: de 34,8 óbitos por 100.000 internações, em 1997, para 28,6 óbitos por 100.000 internações, em 2001 (Brasil, 2003e). Nas capitais brasileiras, para o ano de 2002, a razão de mortalidade materna corrigida foi de 75 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (Brasil, 2003). Os números atestam que a situação atual está aquém do aceitável, pois, em países desenvolvidos, a razão de mortalidade materna corrigida oscila de seis a 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (Brasil, 2003e).

O atendimento às mulheres em processo de abortamento no SUS apresenta uma tendência de estabilização na última década, consequência possível do aumento de mulheres usando métodos anticoncepcionais e da elevada prevalência de laqueadura tubária, especialmente nos estados do Nordeste e do Centro-Oeste. A prevalência da ligadura tubária é maior nas regiões onde as mulheres têm condições socioeconômicas mais precárias.

O acesso à assistência pré-natal é um problema significativo, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, embora

desde a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial se registre uma tendência do aumento do número de consultas de pré-natal, passando de 1,2 consultas para cada parto realizado no SUS, em 1995, para 4,4 consultas, em dezembro de 2002 (Tabnet SIA-Datasus e Tabwin AIH-Datasus, 2003). Apesar disso, a qualidade dessa assistência é precária, observando-se uma alta incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos no SUS (Brasil, 2002h); a hipertensão arterial é a causa mais freqüente de morte materna.

A maioria dos partos no Brasil é realizada em ambiente hospitalar, mas, em várias regiões, especialmente nas zonas rurais, muitas mulheres têm acesso apenas ao parto domiciliar, realizado em condições precárias. Ao lado disso, destaca-se que a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito a sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (Brasil, 2004g).

Estudos com base populacional têm demonstrado que, no Brasil, a grande maioria dos idosos – mais de 85% – apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15%, pelo menos cinco, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo quase 60% deste contingente populacional. Esses mesmos estudos populacionais, embora ainda limitados em número, demonstram que 4% a 6% dos idosos apresentam formas graves de dependência funcional; 7% a 10%, formas moderadas; 25% a 30%, formas leves. Somente 50% a 60% dos idosos seriam completamente independentes.

Assinala-se a participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente hospitalares. Ao se analisarem os dados de internação hospitalar pelo SUS, no ano de 2001, constata-se que os idosos, que representavam 8,5% da população, consumiram R\$1,2 bilhão em hospitalizações, contra R\$ 922 milhões do grupo de zero a 14 anos de idade, que correspondia a 29,6% da população brasileira.

Em relação ao trabalhador, observa-se que no Brasil, em 2001, a população economicamente ativa - PEA era de cerca de 83 milhões de pessoas, das quais 75,4 milhões foram consideradas ocupadas. Os trabalhadores remunerados representavam 66,8 milhões de pessoas, sendo 5,9 milhões em atividades domésticas e 60,9 milhões na produção de bens e serviços. Desses, 40,9 milhões estavam empregados, 16,8 milhões trabalhavam por conta própria e 3,2 milhões eram empregadores. Entre os empregados, apenas 22,2 milhões trabalhavam com carteira assinada, com a cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho - SAT da Previdência Social. Segundo estimativa da Organização Internacional do Trabalho - OIT, cerca de 60 milhões de trabalhadores brasileiros estão inseridos no mercado de trabalho informal e/ou “precarizado”, descobertos da proteção da legislação trabalhista e do SAT. Cumpre ainda assinalar a existência de 5,7 milhões de crianças e adolescentes, entre cinco a 17 anos de idade, inseridos em atividades produtivas.

No período de 1996 a 2000, a Previdência Social registrou 22 milhões de trabalhadores formais (com vínculo de trabalho regido pela CLT e cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho -SAT) – 35% da PEA –, entre os quais verificou-se um total de cerca de 1,9 milhão de acidentes de trabalho, sendo 102 mil com óbitos ou incapacidade permanente (<http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/estatisticas>), com uma média de 3,7 mil óbitos/ano. O coeficiente médio de mortalidade, entre 1997 e 2001, foi de 17,39 por 100.000 trabalhadores (MS, 2002).

Em relação às pessoas portadoras de deficiência, as principais causas de deficiência são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva, as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis, as perturbações psiquiátricas, o abuso de álcool e de outras drogas, a desnutrição, os traumas e lesões decorrentes dos elevados índices de violências e de acidentes de trânsito.

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde - OMS apoiaram a realização de estudos de prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 2002. Esses estudos indicaram percentuais de pessoas portadoras de deficiência que variam de 2,81%, em Brasília, a 9,60%, em Feira de Santana/BA. Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A assistência à pessoa portadora de deficiência no Brasil caracteriza-se pela baixa cobertura, com centralização, desarticulação e descontinuidade das ações nas esferas pública e privada. Todos os leitos de reabilitação, segundo o código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares - SIH-SUS, estão concentrados nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação.

A população prisional está estimada em cerca de 210.150 indivíduos, distribuídos nos presídios das 26 unidades federadas e no Distrito Federal (SISPEN - Sistema de Informações Penitenciárias/Depen/Ministério da Justiça, agosto/2003). Pesquisas sobre o sistema prisional indicam que mais da metade dos presos têm menos de 30 anos de idade; 95% são pobres; 95% são do sexo masculino; dois terços não completaram o primeiro grau; e cerca de 12% são analfabetos (HRW, 1998).

Não existem estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira. No entanto, é possível, apesar da inexistência de dados, estimar um padrão nosológico para a população presidiária, considerando as precárias condições carcerárias. As Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - DST/Aids, a tuberculose, as pneumonias, as dermatoses agudas, os agravos à saúde mental, as hepatites, os traumas, as diarréias infecciosas certamente apresentam magnitude significativa. Ademais, outros problemas prevalentes na população adulta brasileira também estão presentes, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus.

Na terceira dimensão de análise, serão abordadas três áreas de intervenção particularmente importantes no campo da saúde: a alimentação e nutrição, a saúde mental, a saúde bucal e os acidentes e violência.

No Brasil, são inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas (Brasil, 2003g). As deficiências de micronutrientes, sobretudo as carências relativas à vitamina A, ao ferro, ao iodo e ao ácido fólico, evidenciam um quadro preocupante. Em 1996, 10,5% das crianças brasileiras apresentavam déficit de altura (<-2dp), com variações entre as regiões brasileiras, situando-se entre 5,1%, no Sul, e 17,9%, no Nordeste. Enquanto na população urbana do Nordeste 13% de crianças apresentam déficit de estatura, na zona rural, a freqüência é de 25,2%, em contraste com 4,6% no centro-sul urbano do País. Em 1996, os maiores índices de déficit de crescimento na população urbana passaram a ser encontrados no Norte e não mais no Nordeste.

A obesidade na população brasileira está se tornando mais freqüente que a desnutrição infantil, indicando um

processo de transição epidemiológica. Em 1989, cerca de 32% dos adultos brasileiros apresentaram algum grau de excesso de peso, entre os quais 6,8 milhões de indivíduos (8%) possuíam obesidade, com predomínio entre as mulheres (70%). Na faixa etária de 45-54 anos de idade, 37% e 54% têm obesidade, entre homens e entre mulheres, respectivamente. O aumento da prevalência da obesidade no Brasil, apesar de estar distribuído em todas as regiões e nos diferentes estratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado nas famílias de baixa renda.

Em relação à saúde mental, estima-se que 3% da população geral sofra com transtornos mentais severos e persistentes; 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. Destaca-se que 2,3% do orçamento anual do SUS é aplicado na área de saúde mental.

No âmbito da atenção à saúde mental, o cenário atual evidencia uma tendência de reversão do modelo assistencial centrado no hospitalar psiquiátrico, para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária. Assim, a atual política de saúde mental do Ministério da Saúde tem como uma de suas principais diretrizes a redução gradual e planejada dos leitos psiquiátricos, a partir dos hospitais de maior porte, garantindo-se a assistência aos pacientes.

Os principais desafios nessa área são: o fortalecimento das políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; a implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento de pessoas que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego; e o aumento dos recursos do orçamento anual do SUS para a saúde mental.

O levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, concluído em outubro de 2003 (Brasil, 2004m), evidenciou que este campo constitui um problema relevante de saúde pública: nas crianças de 12 anos de idade, o índice de CPO - número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados - é de 2,78, com claras diferenças regionais (no Norte, o CPO encontrado é igual a 3,13; no Nordeste, 3,19; no Centro-Oeste, 3,16; no Sul, 2,31; e no Sudeste, 2,30). Para os adolescentes, o CPO foi 6,17 e, para os adultos, 20,13. Isso significa que, entre a adolescência e a idade adulta, aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie.

Os idosos apresentam um CPO de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos, em média, por pessoa). Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas sadias. A perda dentária precoce é grave. A necessidade de prótese total - dentadura - é identificada já entre os adolescentes. Mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional - todos os dentes foram extraídos ou os que restam têm a sua extração indicada - em pelo menos uma arcada. Desses, mais de 15% necessitam de pelo menos uma dentadura. Entre os idosos, os dados são ainda mais preocupantes. Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional, dos quais mais de 36% precisam de pelo menos uma dentadura.

Nas décadas de 80 e 90, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral (Brasil, 2001c). A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório.

Na ampla faixa etária dos cinco aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios - estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM revelam que, em 2001, 30.266 pessoas morreram em consequência de acidentes de transporte. Desses óbitos, 44% foram jovens de 20 a 39 anos de idade e 82% do sexo masculino. A partir de 1998, com a introdução do novo Código Brasileiro de Trânsito, ocorreu uma redução importante no número de óbitos (em torno de cinco mil). O coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, em 1996, foi de 22,6 por 100.000 habitantes e, em 2001, 18,0 por 100.000 habitantes.

Por incidirem com elevada freqüência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP.

A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. Em 2003, o total de gastos com internações decorrentes de acidentes e violências correspondeu a R\$466,6 milhões, aproximadamente, 12,5% dos dispêndios com internações por todas as causas.

4. ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Nessa análise, destacam-se a descentralização da gestão, o financiamento da saúde, a participação social, a gestão do trabalho em saúde e a informação em saúde.

É importante assinalar, preliminarmente, os significativos avanços alcançados pelo SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito, que se traduz pelo acesso universal, integral e equânime da população às ações e serviços. São exemplos desses avanços a criação dos Fundos de Saúde, viabilizando o repasse automático e regular de recursos e, por via de consequência, a descentralização da gestão, uma das diretrizes operacionais do SUS, cujos resultados obtidos, nos últimos cinco anos, são consideráveis: das 27 unidades federadas, 23 têm a gestão plena do sistema estadual de saúde; 645 municípios - onde vive 51% da população brasileira - já são gestores plenos de seus respectivos sistemas municipais; e praticamente a totalidade dos municípios são gestores da atenção básica de saúde. Esse intenso processo de descentralização promoveu a inclusão de novos atores sociais e políticos, estabeleceu compromissos entre as esferas governamentais, reformou e sofisticou a arquitetura institucional, abriu espaço para a aplicação de novas modalidades e tecnologias de atenção, assim como ampliou a oferta de serviços de saúde.

Em relação à descentralização, deve-se ressaltar, por outro lado, que as normas que regulamentam a implementação do SUS não avançaram suficientemente na formulação de mecanismos mais eficazes ao planejamento integrado, que promovam a cooperação entre as esferas de governo e evitem a competição por recursos e competências, sobretudo pela ausência de uma definição mais clara do papel dos governos estaduais na saúde. Um outro grande desafio que se impõe ao processo de descentralização diz respeito ao aperfeiçoamento da regulamentação do SUS, que permita avançar mantendo a visão nacional e integradora, pois é sabido que políticas descentralizadas podem aumentar as desigualdades entre as regiões e fragmentar a prestação dos serviços, quando não acompanhadas de estratégias de coordenação e de promoção da equidade.

A grande desigualdade nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios brasileiros constitui igualmente um desafio às políticas descentralizadas. Quase um quarto dos municípios possui menos de 5.000 habitantes,

observando-se uma contradição entre a autonomia política e a dependência financeira desses municípios em relação às transferências federais, pois, sem capacidade fiscal, não conseguem assumir as políticas de base local.

Historicamente, o financiamento público da saúde no Brasil tem sido fortemente dependente de recursos federais, alcançando, atualmente, em torno de 54% do gasto público total. Assim, em 2002, a despesa pública em ações e serviços de saúde foi de R\$ 47 bilhões, alocados pelos governos federal (R\$ 25,2 bilhões), estaduais (R\$ 10,0 bilhões) e municipais (R\$ 11,8 bilhões), representando o equivalente a 3,4% do PIB e perfazendo um gasto de R\$270 por habitante/ano.

A execução orçamentária do Ministério da Saúde passou de R\$14,9 bilhões, em 1995, para R\$30,2 bilhões, em 2003. Os gastos com pessoal e encargos sociais reduziram-se de 25%, em 1995, para 21%, em 2003. Em contrapartida, as despesas de custeio e capital elevaram-se de 66% para 87%, no mesmo período.

Em 2003, a despesa federal média por internação no SUS foi de R\$ 484, para o Brasil, com variações entre R\$ 340, na região Norte, e R\$ 571, na Sudeste, refletindo distribuição da rede hospitalar de maior complexidade. O maior valor médio pago por internações ocorreu nos hospitais universitários (R\$ 841), fato associado, provavelmente, à realização de atendimentos de maior complexidade. Na rede pública, a média foi de R\$ 426 e, na rede privada conveniada, correspondeu a R\$ 478.

Para o aprofundamento dos mecanismos institucionais de participação social, alguns obstáculos devem ser enfrentados (Brasil, 2003f). Em primeiro lugar, o processo de compartilhamento do poder entre os gestores e os conselhos de Saúde ainda é incipiente, sobretudo quando se observa que, na maioria dos municípios e estados, os conselhos não exercem seu caráter deliberativo. Em segundo lugar, são ainda insuficientes os processos de discussão e troca de informação entre os conselheiros e as comunidades e movimentos sociais representados, prejudicando a legitimidade e a representatividade dos conselhos. Em terceiro lugar, identifica-se uma baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos conselhos e das conferências para o conjunto dos representados, na ausência de outras modalidades de interlocução entre usuários e gestores, tais como as ouvidorias. Finalmente, em quarto lugar, as condições operacionais e de infra-estrutura dos Conselhos de Saúde são, em seu conjunto, muito precárias, impedindo um melhor desempenho dessas instâncias.

No contexto da gestão do trabalho, destaca-se a composição da equipe de saúde, visto que os membros de cada profissão, dentro de sua visão corporativa, reivindica espaço profissional próprio, dificultando, em muitos casos, o real trabalho em equipe. Além do mais, observa-se também a expansão acelerada da especialização do trabalho em saúde, levando, por vezes, a uma fragmentação desnecessária do conhecimento e da prática.

Por outro lado, a precarização do trabalho em saúde, fruto da minimização do Estado nesta última década, é sem dúvida um dos maiores problemas a ser enfrentado. Os concursos realizados foram poucos e insuficientes, gerando uma fuga de cérebros na área. O plano de cargos e salários, se bem estruturado e corretamente executado, com a devida flexibilidade que a realidade impõe, é uma garantia de que o trabalhador terá uma vida profissional ativa, na qual a qualidade técnica e a produtividade seriam variáveis chave para a construção de um sistema exequível.

Embora a área da saúde tenha uma tradição ímpar na captura, no armazenamento, no tratamento de dados e na disseminação de informações, as políticas de informação em saúde, desenvolvidas particularmente no âmbito federal, não têm primado pela observância das disposições legais e do ideário da reforma sanitária. Centralização nas definições no âmbito federal, inexistência de processos de pactuação de prioridades, pulverização de iniciativas em bases conceituais e tecnológicas incompatíveis, deficiência de dados sobre aspectos específicos do sistema de saúde, entre outras características, fazem com que as ações desenvolvidas na área da informação tenham tido pouca capacidade de aprofundar o processo de implementação do SUS, em particular no que se refere à organização da gestão, ao planejamento da atenção e ao fortalecimento do controle social.

5. ANÁLISE EM RELAÇÃO AO SETOR DE SAÚDE

Essa análise contemplará os seguintes componentes: Sistema Único de Saúde – SUS, ambiente e saúde, pesquisa em saúde, tecnologia e insumos estratégicos, força de trabalho em saúde, segurança sanitária e saúde suplementar.

Os maiores desafios relativos ao desenvolvimento do SUS, além daqueles apontados anteriormente, referem-se à estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, alicerçado nos conceitos e funções da saúde pública, subordine os programas da assistência médica individual àqueles de interesse coletivo, realizando as atividades de promoção e proteção da saúde e garantindo os direitos de cidadania. Tais desafios relacionam-se à melhoria da qualidade da atenção à saúde, nos seus vários níveis, elevando-se a resolutibilidade da rede de unidades básicas e fortalecendo seu papel como porta de entrada do SUS, bem como ampliando o acesso aos serviços de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura a contingentes populacionais que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional.

No âmbito da saúde ambiental, verifica-se que a urbanização acelerada, os projetos de desenvolvimento não-sustentáveis, a baixa qualidade da água para consumo humano e o saneamento precário são fatores que estão associados ao aumento das doenças transmissíveis. Entretanto, a contaminação ambiental por poluentes químicos é um fator emergente na geração de agravos à saúde.

Segundo o Perfil Nacional de Segurança Química, elaborado pela Comissão Nacional de Segurança Química - CONASQ, o Brasil possui cerca de 882 plantas químicas que se concentram, em sua maioria, nas Regiões Sudeste e Sul, destacando-se o Estado de São Paulo, com 485 plantas (55,5%). Em segundo lugar, está o Estado do Rio de Janeiro, com 88 plantas (10,0%) e, em terceiro, o Estado do Rio Grande do Sul, com 66 (7,5%). Considerando que, em 2001, foi registrado um percentual de 85,2% dos domicílios localizados em área urbana, os quais estão concentrados principalmente na Região Sudeste (49,3%), verifica-se que um importante contingente populacional vive na região onde está localizado cerca de 70% do parque industrial químico brasileiro (Brasil, 2001a).

A preocupante situação da exposição humana aos contaminantes ambientais nas áreas de maior concentração populacional pode ser exemplificada pelos dados do Sistema de Informação Tóxico-Farmacológico - SINITOX, que registra os casos de exposições agudas aos agrotóxicos, domissanitários e produtos químicos industriais. Em 1999, o SINITOX registrou 66.584 casos de intoxicação humana no País, sendo que o Sudeste aparece com um percentual de 42,37% do total das ocorrências registradas, e o Sul, com 33,65%. Nesse ano, foram registrados ainda 398 óbitos por exposição aos agrotóxicos, dos quais 140 considerados de origem ocupacional. O limitado registro dos casos de óbitos e dos casos de intoxicação nas outras regiões é decorrente, principalmente, da falta de serviços de vigilância e controle dos fatores ambientais relacionados com as substâncias químicas.

O censo 2000 registrou que 77,8% do total dos domicílios particulares permanentes têm abastecimento de água potável, ligados à rede geral. Contudo, as Regiões Norte e Nordeste são as que apresentam a pior situação, com

atendimento, respectivamente, de 48,0% e 66,4% dos domicílios. Por outro lado, 89,8% da população residente em áreas urbanas conta com rede de distribuição, atendimento bastante superior aos 18,8% observados na população rural.

No tocante ao esgotamento sanitário, a cobertura atinge 62,2% do total de domicílios particulares permanentes, por intermédio de ligação à rede geral e fossa séptica (Brasil, 2000a). Em termos de distribuição regional, somente o Sudeste conta com cobertura com rede coletora acima da média nacional. Nas demais regiões, o quadro é extremamente precário, sendo a pior situação observada no Norte, onde a cobertura é de apenas 9,6%. A oferta dos serviços está concentrada na população urbana, na qual 72% dos domicílios contam com cobertura, em contraste com os domicílios rurais em que tal índice é de apenas 12,9%. Quanto aos resíduos sólidos, 79% do total de domicílios particulares permanentes recebem o serviço de coleta. Nesse campo, o grande desafio é o tratamento e destino adequado. Multiplicaram-se os lixões nas pequenas, médias e grandes cidades, trazendo graves problemas ambientais e sociais.

Em relação à pesquisa em saúde, deve-se destacar que a política brasileira de ciência, tecnologia e inovação – CT&I vem privilegiando os setores de atividade econômica, em detrimento de uma ênfase nos setores de atividade social, em particular os de alimentação, saúde, habitação e educação, valorizando-se o mercado interno e as necessidades da população brasileira. Nessa perspectiva, o compromisso de combater as desigualdades nas condições de saúde dos diferentes grupos dentro da sociedade, seja em relação à distribuição dos agravos à saúde, seja em relação ao acesso aos serviços públicos, deve ser a orientação básica da política de CT&I.

Uma análise das ações de fomento atuais no âmbito da pesquisa em saúde revela alguns problemas importantes, tais como: (1) a baixa capacidade de indução existente, especialmente nas agências do Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, na CAPES e em algumas agências estaduais; (2) a ausência de mecanismos de coordenação adequados entre as múltiplas instâncias de fomento, em especial entre os dois atores principais, o MCT e o MS; (3) uma baixa capacidade de articulação entre as ações de fomento científico-tecnológico e a política de saúde; entre outras consequências, isso contribui para uma baixa capacidade de transferência de conhecimento novo para as indústrias, os serviços de saúde e para a sociedade em geral; (4) uma extensa e generalizada carência de atividades de pesquisa e desenvolvimento realizada nas empresas; e (5) uma quantidade de recursos para o fomento bastante aquém das necessidades.

O modelo de financiamento atual do SUS para os hospitais de ensino agrega, à remuneração-padrão pela prestação de serviços, o Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde - FIDEPS, que vem sendo crescentemente destinado ao custeio indiferenciado das atividades hospitalares, afastando-se de seus objetivos. Portanto, para a recuperação da infra-estrutura de pesquisa dos hospitais de ensino e também para apoiar o custeio das atividades de investigação neles realizadas, será necessário propor outro complemento específico, governado por um modelo de gestão que impeça o desvio de suas funções originais, como ocorreu com o FIDEPS. Para isso, esse novo recurso deveria incorporar em sua gestão os padrões gerais de financiamento existentes nas agências de fomento à C&T, quais sejam: (1) solicitação de recursos mediante projetos detalhados; (2) disputa por recursos mediante processos competitivos; e (3) acompanhamento e avaliação de resultados dos projetos financiados.

Em relação à tecnologia e aos insumos estratégicos, observa-se que, no setor farmacêutico, os investimentos em pesquisa e desenvolvimento – P&D, em 1998, foram da ordem de US\$ 73,5 bilhões, ou 2,7% do total de gastos em saúde. O setor público foi responsável por 50% dos investimentos e a indústria farmacêutica, incluindo as empresas de biotecnologia, por 42%, o que corresponde de 10% a 20% de seu faturamento. O restante foi financiado por fundos privados não lucrativos (8%), conforme Global Forum for Health Research (2002).

No Brasil, existe uma rede estatal de produção de medicamentos formada por 17 laboratórios ligados ao Ministério da Saúde, às Forças Armadas, aos governos estaduais e às universidades, sendo cinco no Nordeste, sete no Sudeste, quatro no Sul e um no Centro-Oeste. Ressalte-se que, do total de recursos financeiros empregados nas compras de medicamentos efetivadas pelo Ministério da Saúde, 10% são destinados à aquisição de produtos desses laboratórios. Estima-se que a produção desses laboratórios seja responsável por, aproximadamente, 75% das unidades dispensadas no âmbito do SUS, demonstrando o seu papel relevante na política de saúde do País (Brasil, 2003b).

Apesar do potencial de produção, a maior parte desses laboratórios apresenta capacidade ociosa estimada em 25%. Entre as causas dessa situação, citam-se: o modelo institucional que impõe restrições administrativas e orçamentárias e limita o dinamismo necessário aos processos de compras; as restrições de contratação, remuneração e qualificação de pessoal; a descontinuidade de gestão; e a limitada autonomia e estabilidade gerencial. Iniciativas recentes vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde visando à superação desse cenário, como a elaboração de critérios estruturantes para investimentos em laboratórios oficiais e o estímulo à construção da rede brasileira de produção pública de medicamentos. Com relação ao parque produtor nacional de imunobiológicos, são necessários investimentos buscando inovações tecnológicas que levem à produção de novas vacinas e soros, de forma a garantir a sustentabilidade e o contínuo aprimoramento do programa brasileiro de vacinação.

Quanto à força de trabalho, em 2002 existiam cerca de 2,2 milhões de empregos vinculados aos estabelecimentos de saúde no Brasil, 54,7% no setor público (1,2 milhão de empregos) e 45,3% (1,0 milhão) no setor privado. No período de 1992-2002, o crescimento dos postos de trabalho para enfermeiros foi de 114,3%; para médicos, de 51,5%; para odontólogos, de 37,3%; para nutricionistas, de 93,8%; para farmacêuticos/bioquímicos, de 31,5%; e para os postos associados a funções de reabilitação, como fonoaudiólogos e fisioterapeutas, de 150%.

A oferta de médicos por mil habitantes, em nível nacional, em 2002, era de 1,64, com fortes contrastes na distribuição entre as cinco regiões. As Regiões Norte e Nordeste apresentavam as menores taxas, respectivamente, 0,80 e 0,95, enquanto a Região Sudeste alcançava o índice mais elevado, com 2,25 médicos para cada mil habitantes. Dos 466.430 postos de trabalho médicos, 55% estão localizados em estabelecimentos privados, e 45% no setor público. A participação do setor público nos empregos médicos é maior no Norte (57,8%) e no Nordeste (51%), enquanto no Sul a participação é relativamente baixa (apenas 36,5%).

Em 2002, os trabalhadores de nível técnico e auxiliar em funções específicas de saúde participavam com 28,6% na força de trabalho total da saúde (cerca de 625 mil postos de trabalho), e os de qualificação elementar correspondiam a 11,2% (cerca de 245 mil postos). Calcula-se que apenas cerca de 225 mil dos trabalhadores exercem funções de saúde para as quais estão devidamente preparados e certificados. Em 1999, dos postos de trabalho médicos pertencentes a estabelecimentos do setor público, 65,2% encontravam-se concentrados na esfera municipal. Na Região Sul, tal proporção elevava-se a 71,4%. Na Norte e na Centro-Oeste, predominava ainda um padrão relativamente centralizado na absorção de recursos humanos, visto que as esferas federal e estadual, quando somadas, correspondiam a mais da metade do total de

postos disponíveis no sistema público.

O campo de atuação da vigilância sanitária brasileira compreende a promoção e a proteção da saúde, garantindo a segurança sanitária da produção e da comercialização de produtos e serviços, mediante uma rede ampla de instituições, composta pelas três esferas de governo, organizações não-governamentais, empresas privadas e um grande número de outros atores, cuja atuação interfere nas condições de vida da população.

Grande parcela da economia do País está sob o arcabouço regulatório da vigilância sanitária, sendo as suas ações desenvolvidas pelo poder público. Um avanço importante nesse campo foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Para o setor de medicamentos, a sua atuação tem sido fundamental, com destaque para a implementação da Política de Medicamentos Genéricos, influenciando diretamente o mercado. A Anvisa tem como principal desafio ampliar e reforçar a rede de parceiros institucionais, em especial as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde.

A descentralização das ações de vigilância sanitária para estados e municípios apresentou-se de forma mais lenta que nas demais áreas da saúde. Em 2000, a Anvisa instituiu a pactuação da execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária com os estados, por intermédio do Termo de Ajustes e Metas – TAM instrumento de gestão especificamente voltado para essa finalidade. A sua repactuação, ocorrida em 2004, apresentou como inovação a incorporação dos municípios ao processo e uma nova modalidade de financiamento. Dessa maneira, valor equivalente a 70% do volume de recursos arrecadados diretamente pela Anvisa é repassado aos estados e municípios, retratando que a direção dada ao Subsistema é claramente descentralizadora. Como resultado da repactuação do TAM/2004, destaca-se a adesão de 536 municípios. A Região Sudeste foi a que apresentou o maior número de municípios que aderiram ao processo (447), correspondendo a 83,40% da totalidade dos municípios pactuantes, seguida das Regiões Sul (60), Nordeste (19), Centro-Oeste (8) e Norte (2).

No âmbito ainda da descentralização das ações de vigilância sanitária, a ANVISA implantou e vem ampliando uma rede de hospitais sentinelas, numa estratégia de gerências de risco, conectadas em rede e capacitadas para as ações de fármaco, hemo e tecnovigilância, além do suporte para o encaminhamento dessas ações. Em relação às infecções hospitalares, está disponível para todos os hospitais públicos e privados o Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde - SINAI, instrumento informatizado para acompanhar a ocorrência e a gravidade dessas infecções, construindo indicadores confiáveis e permitindo agilidade na identificação de surtos.

Paralelamente ao esforço de apoio à implantação das ações de vigilância sanitária nos estados, nos municípios e no Distrito Federal, a ANVISA busca consolidar-se como estrutura de regulação, retaguarda técnica e de coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Por outro lado, a criação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2000, marcou a atual etapa da regulação da saúde suplementar que, a partir dos anos 60, transformou-se numa relevante atividade econômica na área da saúde. A regulamentação do setor de saúde suplementar compõe um sistema formado por seis dimensões, nas quais situam-se as ações normativas e fiscalizadoras para garantir o cumprimento da legislação: (1) cobertura assistencial e condições de acesso; (2) condições de ingresso, operação e saída do setor; (3) regulação de preço; (4) fiscalização e efetividade da regulação; (5) comunicação e informação; e (6) resarcimento ao SUS.

Os beneficiários do sistema supletivo correspondem atualmente a cerca de 38,7 milhões de pessoas, equivalendo a 22% da população brasileira. Mais de dois terços desses beneficiários acessam o sistema mediante relações de trabalho formalizadas (planos coletivos). Em razão dessa característica do sistema, de forte relação com o mercado formal de trabalho, as maiores taxas de cobertura estão em quatro estados da Região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo) e em dois da Região Sul (Paraná e Santa Catarina). Deve-se ressaltar que, no período compreendido entre 2000 e 2004, 42% do total dos beneficiários cadastrados estão ligados a contratos novos celebrados sob a égide da legislação atual, a despeito de ainda 58% dos usuários estarem cobertos por contratos antigos, portanto, com potenciais problemas de exclusão de coberturas essenciais.

Quanto ao resarcimento ao SUS dos atendimentos feitos pelo sistema público aos usuários de planos privados de assistência à saúde, a sua efetividade ainda está comprometida por um conjunto de fatores: (1) falta de informações completas nas AIHs, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores, o que impede a correta identificação do usuário e do motivo da internação e, portanto, a cobrança à respectiva operadora; (2) cerca de 19% de operadoras ativas (443) que não fornecem seus cadastros de beneficiários, em descumprimento sistemático da legislação ou amparadas por medidas judiciais; (3) 123 operadoras obtiveram liminares judiciais contra a cobrança do resarcimento, cujo montante representa 43% do valor passível de cobrança; e (4) elevado número de operadoras que não pagam os valores cobrados e que estão em processo de inscrição na dívida ativa da União.

6. ANÁLISE DO INVESTIMENTO EM SAÚDE

Os projetos de investimentos vêm atendendo basicamente a demandas de estados, municípios e outras instituições que submetam ao Ministério da Saúde projetos para o desenvolvimento do setor. O efeito indesejável é que alguns governos subnacionais, devido a sua menor capacidade técnica e política, são contemplados com uma parcela menor de recursos.

Citando a experiência do Projeto Reforsus, foi utilizada a seguinte fórmula para a pré-alocação de recursos objetivando a readequação física e tecnológica da rede de serviços de saúde, por unidade federada: (a) 70% dos recursos foram distribuídos proporcionalmente à população; e (b) 30% restantes foram distribuídos de maneira inversamente proporcional ao gasto per capita de custeio – AIH e SIA – do Ministério da Saúde no ano de 1995. Dessa forma, a unidade federada onde o Ministério da Saúde realizou o menor gasto per capita naquele ano foi proporcionalmente contemplada com mais recursos. Contudo, esse critério é insuficiente para avaliar a sustentabilidade do investimento, incluindo a presença de infra-estrutura adequada e profissionais qualificados, além de não considerar as reais necessidades epidemiológicas locais e os custos per capita característicos das diferenciadas ações.

Uma distribuição dos recursos que promova eqüidade tem de considerar a grande diversidade regional do País, nos aspectos geográfico, demográfico, econômico, social e sanitário. Assim, na distribuição dos equipamentos e dos recursos humanos, deve ser considerada, entre outros aspectos, a distribuição geográfica da população. De forma geral, quanto menor a densidade demográfica, maior a dificuldade de acesso das pessoas aos serviços de saúde e, consequentemente, maior os custos per capita da atenção à saúde.

III. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Os objetivos, as diretrizes e as metas do presente Plano Nacional de Saúde, a seguir apresentados, estão distribuídos, segundo os recortes adotados, assinalados na introdução deste documento, a saber: (a) linhas de atenção à saúde; (b) condições de saúde da população; (c) gestão em saúde; (d) setor saúde; e (e) investimento em saúde.

1. EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVOS

Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.

Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, combinando o critério de pagamento por procedimento com outros critérios – como o de agravos prioritários –, a estruturação da rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes.

Regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia e efetividade e qualidade técnico-científica, e garantir o acesso universal a sua utilização.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE

A elevação da qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS mediante a adoção de práticas assistenciais resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, realizadas com presteza e adequação, constituirão dimensões essenciais dessa diretriz, e serão acompanhadas de iniciativas para motivação e capacitação dos profissionais de saúde e da consolidação do controle social.

A incorporação das dimensões referidas será estimulada com o estabelecimento de incentivos aos gestores correspondentes do SUS, às equipes de saúde e suas gerências, vinculados à implantação de novas práticas que elevem a satisfação do usuário, além de estimular a adoção de novas tecnologias que ampliem a capacidade de gestão dos estados e municípios e desenvolvam uma efetiva capacidade de regulação, controle e avaliação dos sistemas. A promoção da qualificação deverá, a partir das dimensões assinaladas, atuar transversalmente ao conjunto de linhas de atenção à saúde, programas e ações definidas.

De outra parte, especial prioridade deverá ser dada à implementação das diretrizes da política nacional de humanização, buscando assegurar o vínculo entre o usuário e os serviços, o acolhimento e a responsabilização dos profissionais e das equipes. Nesse âmbito, estarão compreendidas também a implementação de práticas voltadas à humanização da atenção à saúde. Buscar-se-á igualmente a inserção de tais práticas nos currículos de formação, mediante integração efetiva com o Ministério da Educação, bem como nos programas de capacitação promovidos no âmbito do SUS. Deverá ser realizada, de forma contínua, a divulgação das práticas junto à população, como forma de participação e controle social, bem como criadas instâncias preparadas para receber, encaminhar e responder eventuais críticas e sugestões dos usuários dos serviços e destinatários das ações.

Um dos aspectos relevantes na qualificação aqui definida diz respeito à prevenção e ao controle de infecções em serviços de saúde. As medidas envolverão, em especial, o desenvolvimento de ações de capacitação dos profissionais e de monitoramento das ocorrências de infecções nestes serviços, com a implementação do - Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde - SINAIS. Esse sistema servirá como instrumento de orientação para implantação das ações que visam diminuir a incidência e gravidade de infecções em serviços de saúde e para a medição da eficácia dessas ações. Com o sistema SINAIS também será possível a realização de análise do perfil de sensibilidade de todos os microrganismos identificados e testados por unidade hospitalar, por município, por estado ou do País. No conjunto das iniciativas nesse âmbito, deverá ser implementado programa para orientar o uso racional de antibióticos, uniformizados e padronizados indicadores de infecção hospitalar e coletados dados para a sua medição e acompanhamento. Além disso, será monitorado, via sistema SINAIS e dados epidemiológicos sobre infecções hospitalares, a resistência bacteriana aos antimicrobianos.

EXPANSÃO E EFETIVAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A expansão do acesso à atenção básica deverá ser baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial, em especial no âmbito municipal. Uma das estratégias prioritárias consistirá na ampliação das equipes da saúde da família, às quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resoluabilidade, com qualidade, de seu trabalho.

Para a efetivação da atenção básica, serão promovidas a implantação e a ampliação das equipes de saúde nos municípios por meio do estabelecimento de estratégias de indução que levem em consideração suas diversidades, como porte populacional, densidade demográfica, fixação do profissional, entre outros. Constituirão também medidas estratégicas para tal a adequação e instalação de unidades básicas de saúde, ao lado da integração da atenção básica com os demais níveis da atenção.

O fortalecimento da gestão descentralizada da atenção básica, o monitoramento e a avaliação dessa atenção nos municípios, a capacidade e as condições para a detecção precoce das doenças crônico-degenerativas, o atendimento assistencial básico, a estruturação da rede de serviços constituirão fatores essenciais à efetivação desse nível de atenção.

Metas	Período
Ampliar para 35 mil o número de equipes de saúde da família.	2004-2007
Implantar, nos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes, o Projeto de Expansão do Saúde da Família - PROESF.	2004-2007
Ampliar para 18 mil o número de	2004-

equipes de saúde bucal, oferecendo a vacina contra a hepatite B para todos os profissionais componentes dessas equipes.	2007
Garantir a qualificação da atenção básica em 80% das unidades de Saúde da família	2004-2007

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Essa reorganização implicará o desenvolvimento de um processo contínuo destinado a consolidar, com a devida resolubilidade e qualidade, redefinindo o papel dos hospitais na rede assistencial. Esse processo terá como alvo a articulação efetiva dessas unidades assistenciais com os demais níveis da atenção, de modo a possibilitar a integralidade do atendimento e a construção da eqüidade na saúde.

Nesse sentido, a definição do novo papel a ser desempenhado pelos hospitais levará em conta as suas respectivas vocações, representadas, entre outras características, pelo seu porte, a capacidade instalada, o conjunto de profissionais necessários e a população a que devem atender. Essa redefinição de papéis deverá considerar a estruturação da atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando a sua forma de financiamento.

A redefinição referida envolverá um conjunto de estratégias que conformarão a Política de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, a qual abarcará, consoante as suas especificidades, os hospitais federais do MS, os hospitais psiquiátricos do SUS - incluídos o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH - Psiquiatria e a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS -, os hospitais universitários e uma política específica para os hospitais de pequeno porte.

Para a redefinição de papéis, serão utilizados como eixos norteadores, que servirão como elementos de sustentação e inter-relação entre todas as ações estratégicas desenvolvidas:

1 - a garantia de acesso, entendida como ampliação de serviços;

2 - a humanização da atenção, que se traduzirá na melhoria das condições gerais de atendimento, tanto para usuários quanto para profissionais; e

3 - a inserção na rede, promovendo a discussão dos gestores locais sobre as reais necessidades de saúde, da demanda de serviços e a efetiva condução e controle das ações.

Na reforma preconizada, serão considerados como eixos norteadores:

1 - o estabelecimento de contratos que determinarão, de forma pactuada, a demanda, quantitativa e qualitativa, por serviços; obrigações e responsabilidades dos atores envolvidos; critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados, cumprimento de metas estabelecidas e mecanismos de participação e controle social; e

2 - os mecanismos de financiamento, prevendo a substituição dos modelos atuais de alocação de recursos no sentido de orçamentação e financiamento global.

Finalmente, na condição de pressupostos essenciais, integrarão ainda o elenco de eixos acima identificados a descentralização e regionalização e a integração interna e intersetorialidade, considerando as necessidades e potencialidades de saúde loco-regionais.

A política específica para os hospitais de pequeno porte deverá adotar o critério de adesão voluntária e reunir potencial suficiente para qualificar e humanizar a assistência, a gestão e a descentralização, além de congregar elementos que fortaleçam o monitoramento, a avaliação, a regulação e os recursos empregados pelo SUS de modo a definir o papel de estabelecimentos de saúde que necessitam de cinco a 30 leitos, localizados em municípios com até 30 mil habitantes. Com isso, buscar-se-á, entre outros aspectos, incrementar um novo modelo de organização e financiamento para a adequada inserção desses hospitais na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolubilidade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade.

A reorganização hospitalar preconizada compreenderá também a identificação e a implementação de modalidades alternativas à atenção hospitalar, como internação domiciliar ou "hospital em casa". Ao lado disso, estarão as medidas de apoio aos hospitais filantrópicos, vinculados ao SUS, envolvendo o estabelecimento de critérios de qualidade da assistência e da gestão, bem como aos hospitais universitários, de forma a integrá-los efetivamente ao SUS.

Entre as iniciativas que deverão ser empreendidas no esforço para essa reorganização estão ainda a reestruturação do sistema de informação hospitalar, a acreditação dos estabelecimentos de saúde da rede pública e privada e a organização de rede de colaboração técnica entre serviços de saúde do SUS.

Metas	Período
Implantar 1.200 equipes especializadas em atenção domiciliar.	2004-2007

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL E DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Na perspectiva da articulação e complementaridade entre a atenção hospitalar e a atenção ambulatorial, uma das prioridades será a reestruturação do sistema de informação ambulatorial. Nesse sentido, também, buscar-se-á a estruturação de serviços ambulatoriais especializados que sejam complementares à atenção básica, garantindo sua resolubilidade e qualidade.

Nessa reorganização, a regionalização da atenção especializada – ambulatorial especializada e alta complexidade – e a integração por linhas de cuidado e atenção a problemas de saúde terão como objetivo a ampliação do acesso na atenção especializada. Esse processo de regionalização envolverá:

1 - a implantação de mecanismos regulatórios, com definição da vocação de cada unidade prestadora de serviço, respeitando as necessidades de cada região, os princípios do SUS e os fluxos estabelecidos, garantindo, quando necessário,

o acesso da população a serviços fora do município;

2 - a garantia de resolubilidade em cada nível de atenção e com todas as vagas sob controle da central de regulação pública, instalada segundo normas do Ministério da Saúde;

3 - a melhoria da capacidade instalada (rede física, equipamentos) e a disponibilidade de pessoal para aumentar a efetividade dos serviços de saúde (ambulatórios e hospitais), evitando-se práticas como o uso excessivo do transporte público (ambulâncias); e

4 - a intensificação do sistema de auditoria, bem como a criação da carreira de auditor na três esferas de governo, para garantir autonomia e isenção no processo.

Na reestruturação da rede de atendimento às urgências e emergências, deverão ser providas as condições necessárias às ações compreendidas neste contexto, nestas incluídas o investimento e a capacitação de serviços de atendimento pré-hospitalar.

Especificamente no tocante à atenção às urgências, proceder-se-á à leitura detalhada das necessidades sociais em saúde, a fim de identificar déficits de atenção perpetuadores de iniquidades nas diferentes regiões do País. Dessa forma, sob o imperativo das necessidades humanas, serão elaborados projetos de atenção às urgências, de responsabilidade partilhada e pactuada entre governos municipais, estaduais e a União, que deverão contemplar os seguintes componentes fundamentais:

1 - adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, enfrentando-as por meio de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da participação e responsabilização de toda a sociedade. Uma das estratégias nesse sentido consistirá na designação de municípios como "Cidades Protetoras da Vida", estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS; e

2 - organização de redes loco-regionais de atenção às urgências, que atuem como elos da cadeia de manutenção da vida, envolvendo todos os componentes da rede assistencial do SUS, a saber:

a) componente pré-hospitalar fixo: composto pela atenção primária que, por intermédio das unidades básicas de saúde e da estratégia de saúde da família, deverá estar estruturado e capacitado para atender às urgências de menor complexidade, principalmente as que ocorrerem na clientela sob sua adscrição, além de poder dar o primeiro atendimento ou suporte de vida a casos graves; rede de atenção especializada, que deverá responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher prontamente para investigação e/ou seguimento os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência; rede de apoio diagnóstico e terapêutico e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, que necessitam ser amplamente reestruturadas e qualificadas;

b) componentes pré-hospitalares como alternativas a serem trabalhadas para a resolução da sobrecarga hospitalar nas urgências, aproximando a resposta dos usuários, por intermédio, entre outros, de:

b.1) desenvolvimento de capacidade de atendimento dos pacientes agudos nos serviços de atenção primária de saúde, bem como das condições de trabalho (obras e equipamentos, capacitação dos serviços de pronto-atendimento 24 horas não-hospitalares no País);

b.2) introdução de modalidade inovadora de custeio para esses serviços (com cobertura de 50% do custeio com verbas federais, 25% com verbas estaduais e 25% municipais);

b.3) proteção e garantia do fluxo dos pacientes desde a atenção no local do evento urgente, incluindo a garantia de acesso aos serviços de urgência (via centrais de regulação médica de urgências), o acesso ao leito definitivo (via central de regulação médica de internações hospitalares) e a coordenação da saída da atenção de urgência e de hospitalizações via centrais de regulação médica de consultas e exames especializados, agendamento nas unidades de atenção primária e nos serviços de assistência e transporte sociais;

b.4) organização de novas modalidades de atenção aos pacientes dependentes em instituições de cuidados mínimos em saúde, as quais, integradas com as equipes de atenção primária de saúde - APS e o atendimento pré-hospitalar móvel - APHM, garantirão essa alternativa à permanência hospitalar prolongada;

b.5) organização e apoio a iniciativas de reabilitação comunitárias;

b.6) desenvolvimento de núcleos de educação às urgências, articulados aos pólos de educação permanente, visando ampliar a qualidade dos recursos humanos nas urgências e sua profissionalização;

b.7) utilização da telemedicina para dar suporte diagnóstico e orientações terapêuticas às regiões mais afastadas do País;

b.8) elaboração e implantação de um projeto nacional de qualificação, humanização e organização dos serviços de urgência, operando também um observatório nacional da atenção às urgências, capaz de monitorar a situação nacional e indicar formas articuladas de superação dos desafios do setor;

b.9) estímulo à análise econômica do setor das urgências - visando uma maior efetividade social e profissionalização dos serviços - e indicação de alternativas para seu financiamento e remuneração, com o desenvolvimento da gestão profissional dos sistemas e serviços de urgência, por meio da formação de especialistas no setor;

b.10) financiamento de kits voltados ao atendimento em casos de desastres com veículos, comunicação e postos médicos avançados, para cidades com mais de 500 mil habitantes e capitais, e capacitação de agentes públicos para o manejo de situações desastrosas e prestação de primeiros auxílios;

b.11) desenvolvimento do Programa Nacional de Atenção à Dor e Cuidados Paliativos;

b.12) desenvolvimento de protocolos e padrões de qualidade na atenção às urgências nas áreas temáticas prioritárias: urgências pediátricas, ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas, vasculares, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, de queimados, traumáticas, toxicológicas, por afogamentos, cardiológicas, neurológicas e neurocirúrgicas;

b.13) integração do sistema de urgências à política nacional de atenção aos transplantes, aumentando a captação de órgãos e diminuindo as filas de espera; e

b.14) organização de redes de cooperação técnica nacional e internacional para o desenvolvimento e qualificação da atenção às urgências;

c) componente hospitalar: composto pelas portas de urgências de hospitais gerais ou especializados, de qualquer porte ou nível de complexidade, incluindo todos os leitos do SUS (os gerais, os especializados, os de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva); e

d) componente pós-hospitalar: composto pelas várias modalidades de atenção domiciliar, hospitalais-dia e projetos de

reabilitação;

3 - instalação e operação das centrais de regulação médica de urgências, interligadas ao sistema nacional de informações em saúde, providas de softwares de gestão e de monitoramento das portas de urgência e de vigilância epidemiológica das urgências; essas centrais deverão atuar em íntima relação e integração com as demais unidades de trabalho do complexo regulador da assistência no SUS, promovendo fluxos qualificados de entrada e saída dos pacientes na rede de atenção às urgências;

4 - capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os níveis da atenção, envolvendo todos os trabalhadores do setor; e

5 - orientação segundo os princípios de humanização da atenção.

As medidas no contexto da atenção às urgências deverão considerar, necessariamente, a integralidade da atenção, que se traduza, por exemplo, na conclusão inequívoca de que calçadas precisam ser construídas e mantidas de modo a se evitarem quedas de idosos e crianças; que as ruas, praças e esquinas recebam iluminação adequada, para que se evitem violências e atropelamentos; que pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes sejam identificadas de forma precoce e acompanhadas rotineiramente, evitando-se infartos, acidentes vasculares cerebrais e perda da acuidade visual.

No processo de reorganização da atenção ambulatorial ainda, buscar-se-á garantir a efetiva implementação de práticas alternativas de saúde reconhecidas oficialmente e que respeitem a legislação nos serviços do SUS – fitoterapia, reflexologia, homeopatia, acupuntura e massoterapia –, assegurando-se os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, bem como o acesso a informações sobre sua eficácia e efetividade, comprovadas por meio de métodos de investigação científica adequados a essas rationalidades terapêuticas.

Metas	Período
Qualificar 60 unidades hospitalares de urgência das regiões metropolitanas e estruturar 110 serviços de atenção às urgências e emergências em municípios com mais de 100 mil habitantes.	2004-2007
Formar 600 especialistas em gestão de sistemas e serviços de urgência e criar 85 núcleos de educação às urgências.	2004-2007
Equipar 20.000 serviços de atenção primária de saúde - APS.	2004-2007
Qualificar, material e funcionalmente, 1.760 serviços de pronto atendimento não-hospitalar.	2004-2007
Capacitar 52.800 trabalhadores em pronto atendimento não-hospitalar, 200.000 em APS e 15.000 em pronto atendimento, bem como 150.000 trabalhadores das portas de entrada das urgências hospitalares.	2004-2007
Instalar e implementar a atenção pré-hospitalar móvel em 430 cidades e adquirir 1.222 ambulâncias de suporte básico à vida e 420 ambulâncias de suporte avançado.	2004-2007
Implantar e implementar 287 centrais de regulação médica de urgências integradas ao complexo de regulação do SUS.	2004-2007
Reformar e equipar 961 serviços de urgências e emergências.	2004-2007
Habilitar 20.000 leitos em instituições de cuidados mínimos.	2004-2007

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE.

Nesse âmbito, a reorganização a ser procedida deverá ocorrer com base em uma nova conformação das redes estaduais e/ou regionais de atenção de alta complexidade, como citado anteriormente. Em relação à assistência cardiovascular e em traumato-ortopedia, compreenderá:

- 1 - a determinação de seu papel na atenção à saúde;
- 2 - o estabelecimento das qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;
- 3 - a atualização do sistema de credenciamento; e
- 4 - a adequação dos procedimentos de alta complexidade, de alta tecnologia e de alto custo.

A partir dessa nova conformação das redes estaduais e/ou municipais, deverão ser reformuladas as políticas de assistência cardiovascular e em traumato-ortopedia, cujo trabalho deverá mobilizar as sociedades científicas envolvidas. Serão objeto também de desenvolvimento e/ou reformulação as políticas para as áreas de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial, nutrição enteral e parenteral, neurologia e cirurgia bariátrica.

No tocante à assistência aos portadores de doença renal, a reformulação a ser procedida terá como prioridade a estruturação da rede de serviços regionalizada e hierarquizada, para a qual será estabelecida, em particular, uma linha de cuidados integrais no manejo das principais causas das doenças renais. O propósito dessa linha será o de:

- 1 - minimizar a incidência de complicações no curso natural da doença renal;
- 2 - melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia; e
- 3 - promover o acesso do paciente à terapia renal substitutiva.

As medidas preconizadas, de forma conjunta com todos os atores envolvidos, conformarão a Política Nacional de Atenção aos Pacientes Portadores de Doença Renal. Essa Política visará também estimular a atenção integral aos portadores de patologias que, com maior freqüência, levam à doença renal, mediante a implantação e implementação de medidas específicas de prevenção e controle. Ao lado disso, deverá ser promovido estudo de custo-efetividade da terapia renal substitutiva, por intermédio de parceria com instituições de ensino, bem como estabelecida e publicada a regulamentação técnica para normalização do funcionamento de serviços de diálise.

Metas	Período
Habilitar 3.651 leitos adicionais de terapia intensiva (totalizando 17.688 leitos).	2004-2007
Criar 17.000 leitos de cuidados intermediários.	2004-2007

IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

A implementação do Sistema Nacional de Transplantes envolverá iniciativas destinadas a reduzir o número de pacientes inscritos em lista de espera e a estruturação da rede envolvida. Para responder ao primeiro propósito, deverão ser adotadas medidas que mobilizem e incentivem a população à prática da doação de órgãos, incluindo-se aqui o estabelecimento de mecanismos que facilitem e simplifiquem essas doações.

Na estruturação da rede integrante desse Sistema, deverão ser providos os meios aplicáveis à confirmação da morte encefálica - ME, de modo a ampliar o número de diagnósticos e notificações de ME. Paralelamente, será promovido o aparelhamento dos hospitais que realizam transplantes de órgãos e tecidos e a capacitação contínua dos profissionais envolvidos. Para o aperfeiçoamento contínuo desse Sistema, será estimulado o desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados a todos os aspectos envolvidos com o transplante de órgãos e tecidos.

Metas	Período
Capacitar 2.000 profissionais que atuam na área de transplantes.	2004-2007
Aumentar em 30% ao ano o número de doações de órgãos.	2004-2007
Aumentar em 25% ao ano o número de transplantes realizados.	2004-2007
Oferecer os imunobiológicos especiais do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, normatizados pelo Programa Nacional de Imunização para 100% dos transplantados e comunicantes domiciliares.	2004-2007
Reducir em 30% a lista de espera para transplantes de córnea.	2004-2007

OBJETIVO

Promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da atenção à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos custos e dos preços.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A efetivação dessa política, que compreenderá todas as etapas de seu ciclo – prescrição, dispensação, comercialização e farmacovigilância –, incluirá (1) a intensificação de campanhas educativas sobre o uso correto e adequado de medicamentos, como um dos instrumentos de conscientização e prevenção; (2) o acesso à cesta básica de medicamentos; e (3) o fornecimento de medicamentos excepcionais aos usuários, de acordo com as definições da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Medicamentos.

Na implementação dessa política, buscar-se-á assegurar:

1 - a vigilância sanitária e epidemiológica eficiente por parte dos órgãos responsáveis por tal;

2 - o financiamento, o fornecimento – com rigoroso cumprimento do prazo de entrega – e a garantia de distribuição dos medicamentos, respeitando as características loco-regionais e todos os programas efetivamente implantados, inclusive os de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade;

3 - a existência de profissional habilitado nas unidades de saúde, proibindo inclusive a dispensação de medicamentos por pessoas tecnicamente não-qualificadas;

4 - a vigilância dos efeitos adversos dos medicamentos em toda a rede do SUS;

5 - o estímulo ao uso racional de medicamentos; e

6 - os mecanismos destinados a inibir a dispensação e a venda de medicamentos a menores de 16 anos de idade.

Entre as prioridades dessa Política deverão constar:

1 - a definição de protocolos, por intermédio de câmaras técnicas, com base em evidências científicas de eficácia e de custo-efetividade, que orientem melhor os profissionais de saúde na tomada de decisão sobre condutas diagnósticas e terapêuticas, bem como a regulamentação das condições do fornecimento pelo SUS de medicamentos especiais e de uso restrito;

2 - a fiscalização das farmácias nas unidades de saúde, com informatização do controle, visando evitar extravio de medicamentos, com a participação das instituições de saúde das três esferas de governo;

3 - o aumento da oferta de insumos e medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde, incluindo material de saúde bucal (escova, pasta e fio dental), os medicamentos fitoterápicos e aqueles no âmbito da saúde mental utilizados nos Centros de Assistência Psicossocial - CAPS;

4 - a inserção dos fitoterápicos validados pelo Ministério da Saúde, inclusive nas ações executadas na atenção básica de saúde;

5 - a implantação da homeopatia no SUS, inclusive nas unidades de saúde da família, tendo em vista a convergência

de princípios entre esta técnica e a visão integradora e holística necessária à saúde pública, seu alto índice de resolução e a redução de custos, além da destinação de recursos para a realização de pesquisas na área;

6 - a revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), elaborando os protocolos terapêuticos, bem como o controle da qualidade dos produtos farmacêuticos usados no SUS, inclusive com a padronização dos rótulos, a exemplo dos medicamentos genéricos;

7 - a reavaliação e ampliação da lista de medicamentos da assistência farmacêutica básica;

8 - o suprimento, o acesso e os exames necessários à dispensação dos medicamentos de alto custo, daqueles distribuídos aos usuários da rede básica e da medicação pactuada em planos de assistência farmacêutica, criando comissão técnica, com a participação do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Regional de Farmácia e de outros conselhos profissionais, para dar parecer ao Judiciário, antes que este se pronuncie em relação aos processos judiciais relativos a medicamentos e insumos não-padronizados;

9 - a ampliação dos pólos de dispensação de medicamentos, fornecendo aos usuários endereços, telefone e horários de funcionamento, mediante divulgação periódica e esclarecimentos por intermédio da mídia; e

10 - a dispensação de medicamentos após a alta hospitalar para a continuidade de tratamento em todo o País.

Metas	Período
Atender cerca de 77,5 milhões de pessoas/ano com medicamentos estratégicos, destinados ao tratamento de portadores de agravos objeto de programas nacionais, tais como malária e tuberculose, entre outros.	2004-2007
Atender 8.500/ano portadores de hemofilia com medicamentos específicos.	2004-2007
Atender 148 mil/ano portadores de HIV/Aids com os medicamentos específicos.	2004-2007
Atender cerca de 402,5 mil pacientes/ano com medicamentos de alto custo.	2004-2007

IMPLANTAÇÃO DE FARMÁCIAS POPULARES

As farmácias populares serão destinadas à oferta de medicamentos a preços reduzidos e visarão promover o acesso da população aos produtos essenciais de que necessita. A instalação e o funcionamento dessas farmácias serão promovidos em estreita articulação com os laboratórios produtores oficiais, aos quais caberá o suprimento de medicamentos, selecionados segundo o perfil epidemiológico dos municípios respectivos. Além dos laboratórios oficiais já existentes, deverão ser buscados novos parceiros de modo a viabilizar a aquisição de unidades produtoras de medicamentos em processo de desativação.

O processo de instalação das farmácias populares deverá ser desenvolvido segundo projeto específico para tal, contemplando a implantação gradativa desses estabelecimentos de forma a permitir as eventuais adequações que se fizerem necessárias. Nesse contexto, uma outra iniciativa importante será o incremento da oferta de medicamentos aos usuários de planos de saúde a preços reduzidos, sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Meta	Período
Implantar e prover a manutenção de 430 farmácias populares, ofertando medicamentos a preços reduzidos para cerca de quatro milhões de pessoas.	2004-2007

Implementação da suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos

No tocante a imunobiológicos, serão intensificadas as medidas destinadas a promover a auto-suficiência na produção dos produtos considerados essenciais, bem como a disponibilidade de insumos, com a qualidade e nas quantidades adequadas às necessidades, sobretudo das ações de prevenção e controle de doenças e agravos. Uma das estratégias para tanto consistirá no apoio financeiro a laboratórios públicos produtores de imunobiológicos essenciais. Tais medidas levarão em conta a importância do suprimento desses produtos a baixos custos e a redução da dependência de importações. Será dada também continuidade à estruturação da rede de frio com a conclusão das centrais estaduais e a instalação de geladeiras em áreas remotas e de difícil acesso, utilizando a energia solar, dentro do Programa Luz Para Todos, do Ministério de Minas e Energia. Entre os serviços a serem beneficiados, estarão as unidades de saúde de mais de uma centena de localidades de diferentes estados, nas quais deverá ser implantada a energia solar.

Em relação a fármacos, a prioridade será a definição e implementação de mecanismos destinados a fomentar a produção farmacêutica e de insumos estratégicos – entre os quais o apoio a projetos específicos –, principalmente mediante apoio e incentivo aos laboratórios oficiais.

Será promovida também a modernização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS, nesta incluída a estruturação física dos estabelecimentos de saúde para o abastecimento, dispensação, estocagem, armazenagem, conservação e controle da qualidade dos medicamentos e outros insumos estratégicos.

Quanto a hemoderivados, será concedida prioridade à estruturação de serviços de hemoterapia e à implantação de unidade de fracionamento do plasma. Deverão ser ampliadas e ou aperfeiçoadas as ações destinadas a assegurar a qualidade e a auto-suficiência de sangue, componentes e derivados sanguíneos, de modo a garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sanguínea e de hemoglobinopatias.

No tocante a insumos estratégicos, será fomentado o desenvolvimento de tecnologia nacional com impacto no ciclo do sangue e na segurança transfusional, visando à redução da dependência de importação e à apropriação de tecnologias de alta relevância para a hemoterapia. Ao lado disso, deverão ser promovidos estudos da qualidade dos procedimentos de diálise.

Metas	Período
Implantar a fábrica de fracionamento do plasma.	2004-

	2007
Estruturar 862 serviços de hemoterapia, de modo a fomentar o desenvolvimento de tecnologia nacional com impacto no ciclo de produção de hemocomponentes e na segurança transfusional.	2004-2007
Implantar e implementar a fábrica de medicamentos adquirida de laboratório multinacional, de modo a quintuplicar a produção da Fiocruz de remédios destinados aos programas nacionais.	2004-2007

AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO DE MERCADO.

A ampliação das ações de regulação de mercado será feita mediante o estabelecimento de parcerias com órgãos de defesa do consumidor estaduais (Procons) e a ANVISA, cuja formalização dar-se-á mediante convênios, que terão por objetivo o desenvolvimento de ações conjuntas, voltadas a informar, prevenir e defender os consumidores, ante as peculiaridades do comércio brasileiro de medicamentos e o desenvolvimento do monitoramento do mercado farmacêutico da região.

No âmbito dessas parcerias, serão desenvolvidos seminários, palestras, material informativo e pesquisas regulares em farmácias e drogarias com o intuito de:

- 1 - verificar a disponibilidade de medicamentos oferecidos ao consumidor;
- 2 - diagnosticar o motivo pelo qual tais produtos estão ou não sendo ofertados no mercado;
- 3 - atestar a presença do farmacêutico no estabelecimento; e

4 - verificar o percentual de adequação dos pontos de dispensação à legislação que trata sobre os preços de medicamentos ao consumidor.

Ao lado disso, deverá ser criada uma base de informações para gerar conhecimento sobre regulamentação para autorização de funcionamento de empresas, registro, importação e exportação de medicamentos.

Metas	Período
Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica.	2004-2007
Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares das classes terapêuticas - antibióticos, antineoplásicos e anti-retrovirais - com base na comprovação de testes de biodisponibilidade relativa.	2004-2007
Proceder à análise fiscal de cerca de 17% das especialidades de medicamentos disponíveis para o consumo.	2004-2007
Implantar sistema de bula eletrônica, com consulta de informações, via Internet, de 11.000 apresentações de medicamentos comercializados.	2004-2007

2 - EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE.

OBJETIVOS

Fortalecer a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, nas três esferas de governo, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.

Reducir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades locais e regionais – em particular a Região Amazônica –, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE NO SUS

Na estruturação da área de vigilância ambiental em saúde no SUS, será dada continuidade ao desenvolvimento de subsistemas, de modo a viabilizar a introdução de mecanismos de vigilância em saúde relacionados à água para consumo humano, contaminantes do ar, áreas de solo contaminado, substâncias químicas de interesse para a saúde pública, aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Para a consolidação dos avanços da Vigilância Ambiental em Saúde - VAS, deverá ser concretizada uma Política Nacional de Saúde Ambiental - PNSA que sirva de referência para o desenvolvimento das atividades da VAS e o incentivo para a sua estruturação em todos os estados brasileiros, considerando os preceitos do SUS.

Na ampliação e consolidação dos diversos subsistemas da VAS, serão considerados como seus integrantes a definição do modelo de atuação no âmbito da PNSA e o desenvolvimento de sistemas de informação para atender aos objetivos preconizados, bem como a definição de áreas piloto para teste.

Meta	Período
Implantar Sistema de Informação de Vigilância Ambiental em Saúde sobre Contaminação de Solo - SISSOLO e implementar o Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA nas 27 unidades federadas.	2004-2007

PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

As iniciativas em relação à prevenção e ao controle das doenças imunopreveníveis incluirão a produção, a distribuição e a vacinação da população, garantindo a oferta de produtos com qualidade à população. Isso implicará a atuação da autoridade regulatória e a garantia de manutenção de uma adequada rede de frio para conservação dos imunobiológicos. Será necessária também a manutenção de um sistema de vigilância epidemiológica sensível e oportuno, que assegure a detecção e investigação de todos os casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, bem como a adoção das medidas de controle pertinentes.

Metas	Período
Distribuir, anualmente, cerca de 230 milhões de doses de imunobiológicos para a prevenção e o controle de doenças.	2004-2007
Manter erradicada a transmissão da poliomielite no País.	2004-2007
Evitar a ocorrência de casos de sarampo.	2004-2007
Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas contra pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, bem como 90% para BCG e 100% para febre amarela.	2004-2007

PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA, DA DENGUE E DE OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

Especial atenção deverá ser dada à vigilância, à prevenção e ao controle dessas doenças, cujo trabalho procurará envolver diferentes segmentos sociais. Em relação à malária, a Amazônia configurará prioridade de ação, haja vista a concentração da incidência nesta região. A detecção – em menos de 24 horas após o início dos sintomas – e o tratamento adequado dos casos, ao lado da capacitação dos profissionais, o controle seletivo de vetores e o suprimento adequado dos insumos necessários ao trabalho de campo serão medidas essenciais.

Quanto à dengue, a mobilização nacional e a intensificação das ações intersetoriais no combate ao mosquito terão continuidade e serão ampliadas, devendo ser identificados novos mecanismos que possibilitem manter, sobretudo nas áreas de maior risco, a população participativa e alerta. A capacitação dos profissionais, em especial para o pronto diagnóstico e tratamento adequado, também será reforçada.

A prevenção e o controle de zoonoses constituirão igualmente prioridade nesse contexto. No tocante à leishmaniose visceral – calazar –, terão continuidade os esforços visando à revisão do programa respectivo, tanto no que se refere às normas técnicas de controle, quanto na capacitação dos profissionais para o diagnóstico e tratamento adequados, além da melhor organização da rede.

Uma iniciativa importante na prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores consistirá na criação de comissões técnicas interestaduais permanentes, bem como no estabelecimento de parcerias para o controle de endemias e outros agravos nas áreas de divisas e fronteiras.

Metas	Período
Reducir em pelo menos 40% a incidência da malária.	2004-2007
Reducir em 50% os casos de dengue no País.	2004-2007

PREVENÇÃO E CONTROLE DA AIDS E OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS

As principais medidas na prevenção e controle da Aids/DST compreenderão a vigilância epidemiológica das DST e do HIV; a atenção à saúde das pessoas com HIV/Aids e outras DST; o tratamento dos portadores, com o fornecimento dos medicamentos; a promoção da saúde e das práticas seguras de prevenção; a ampliação do controle de qualidade externo dos testes laboratoriais em imuno-hematologia e sorologia; e a produção de conhecimento e informações estratégicas, além da proteção dos direitos humanos das pessoas vivendo com DST/HIV/Aids. Integrarão as estratégias a serem adotadas a implantação de teste de ácido nucléico para HIV e HCV no sangue coletado e a publicação de nova regulamentação relacionada ao controle da qualidade de produtos destinados à detecção de doenças sexualmente transmissíveis.

Serão também mantidas e consolidadas as parcerias com organizações governamentais e não-governamentais e fortalecidas as negociações visando assegurar menor preço dos medicamentos necessários ao tratamento dos portadores da doença. Terão continuidade as campanhas de comunicação social e os demais processos informativos destinados à prevenção das DST e do HIV/Aids.

Além disso, deverão ser aperfeiçoadas e desenvolvidas metodologias para o controle de qualidade dos kits destinados a diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis, bem como fortalecidas parcerias para o desenvolvimento e a fabricação de kits diagnósticos para HIV e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HPV, sífilis e hepatites, com vistas a baratear custos para o sistema de saúde.

Metas	Período
Reducir o número de casos de Aids de 15 para 10/100 mil habitantes/ano e em 30% o índice de mortalidade pela doença.	2004-2006
Dobrar o quantitativo de preservativos colocados à disposição no País, passando de 550 mil para 1,2 milhão	2004-2006

(somatório dos distribuídos e comercializados).	
Aumentar em 1,5 vez o número de exames realizados/ano para o diagnóstico do HIV.	2004-2006
Realizar 100% de tratamento para gestantes HIV positivo identificadas.	2004-2006

CONTROLE DA TUBERCULOSE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

A redução da morbidade por essas doenças configurará o alvo das medidas a serem adotadas. No tocante à hanseníase, o propósito será o alcance de níveis de prevalência compatíveis com a sua eliminação como problema de saúde pública (menos de um caso por 10 mil habitantes) e a manutenção desta condição. Entre as estratégias para tal, estarão o diagnóstico dos casos novos esperados e o tratamento dos doentes – com a diminuição de forma constante do abandono do tratamento –, o incremento crescente das altas por cura e o acompanhamento efetivo de todos os casos. Além disso, deverão ser assegurados o suprimento contínuo dos medicamentos, inclusive dos anti-reacionais, e a vacinação dos comunicantes domiciliares com a vacina BCG.

Em relação à tuberculose, as medidas visarão interromper a cadeia de transmissão, por meio da detecção precoce dos casos, o tratamento e a cura dos doentes, incrementando também a redução da taxa de abandono, bem como a proteção dos saudáveis. Para tanto, serão capacitados os profissionais da rede básica de saúde em ações de vigilância e controle, e expandido o diagnóstico laboratorial da doença, bem como atualizados e mantidos os bancos de dados relativos à notificação e acompanhamento dos casos.

A estratégia para a viabilização dessas e demais medidas dirigidas ao controle da tuberculose e à eliminação da hanseníase deverá ser a descentralização das ações para todas as unidades básicas de saúde dos municípios prioritários; a mobilização permanente dos estados e dos municípios; e a divulgação sistemática dos sinais e sintomas destas doenças junto à população, notadamente aquela residente nos municípios de maior risco e considerados prioritários.

Metas	Período
Reducir a prevalência da hanseníase em 30% (hoje em torno de 75 mil doentes), diagnosticar 100% dos casos novos esperados da doença e reduzir em pelo menos 25% a taxa de abandono (atualmente em 12%).	2004-2007
Detectar pelo menos 70% dos casos estimados de tuberculose e curar pelo menos 85% dos casos detectados da doença.	2004-2007

PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais doenças não-transmissíveis – hipertensão arterial, diabetes, doença celíaca, doenças coronarianas e cerebrovasculares, cânceres, doenças respiratórias e doenças músculo-esqueléticas – constituirá uma das prioridades. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não-saudável e a inatividade física. Os resultados do I Inquérito Nacional sobre Fatores de Risco para Doenças Não-Transmissíveis configurarão os primeiros passos para o estabelecimento de um sistema de monitoramento desses fatores.

Para tanto, deverão ser definidos indicadores comuns para monitorar o impacto das políticas e ações de prevenção e controle dessas doenças no País, tanto na esfera nacional, quanto estadual e municipal. O apoio e a implementação das recomendações contidas na Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde e da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo da OMS também configurarão iniciativas fundamentais do trabalho. Uma iniciativa estratégica nesse contexto consistirá na realização de inquérito nacional de fatores de risco comportamentais em escolares.

No tocante especificamente ao câncer, uma das estratégias prioritárias será a criação da Rede de Atenção Oncológica, destinada a promover a articulação dos diferentes níveis de conhecimento, em âmbito local, nacional e internacional, gerando soluções para o melhor enfrentamento do problema da doença no Brasil.

Nesse sentido, deverão ser incrementadas, entre outras:

1 - a reorganização e a expansão da rede de alta complexidade no tratamento do câncer, incluindo a implantação de novos serviços (CACONS);

2 - a avaliação tecnológica visando à incorporação crítica de equipamentos, produtos e processos, por gestores, prestadores e profissionais no âmbito do SUS, com melhor relação custo-efetividade;

3 - a descentralização dos programas de formação oncológica para estados e municípios, por intermédio dos pólos de capacitação;

4 - o apoio à estruturação das informações em câncer para o fortalecimento do sistema de vigilância em saúde;

5 - a estruturação, o fortalecimento e a integração das ações de pesquisa oncológica;

6 - o controle das diferentes formas de divulgação e publicidade dos produtos derivados do tabaco, principalmente aquelas destinadas aos mais jovens;

7 - a redução gradativa da exposição humana aos componentes tóxicos presentes na fumaça gerada pelo tabaco;

8 - o incentivo à formação de redes de voluntariado; e

9 - a promoção da gestão do conhecimento em prevenção e controle de câncer, incorporando setores da sociedade organizada, da iniciativa privada e ONGS no processo.

Paralelamente a essas medidas, será dada continuidade ao Programa de Controle do Tabagismo e Outros fatores de Risco de Câncer – com sua implementação nas 27 unidades federadas –, voltado à prevenção mediante ações nas áreas de educação, legislação e economia que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, deverão ser intensificadas ações para sensibilizar e informar a comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto e apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação do hábito. Ao lado disso, será prestado apoio técnico aos

membros do Congresso Nacional sobre processos e projetos de lei relacionados ao tema, além do monitoramento da legislação pertinente.

Considerando, sob o ponto de vista da economia, a importância de se dispor de uma legislação forte, sobretudo no que tange às políticas tributária e agrícola, esse Programa buscará fortalecer a articulação com outros setores do governo, visando à identificação de culturas alternativas para substituir o plantio do tabaco, que possam garantir a manutenção de renda dos agricultores envolvidos. Buscar-se-á também ratificar a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da OMS e implementar as orientações nele contidas de redução da demanda e da oferta do tabaco.

Uma medida estratégica também será a construção de um laboratório oficial para análise e pesquisa dos produtos derivados do tabaco, integrado à rede de Laboratórios de Saúde Pública – LACEN, com vistas à realização de análises fiscais e de controle e pesquisas relacionadas à exposição aos derivados do tabaco.

Por outro lado, para impedir o avanço do câncer do colo do útero, deverão ser fortalecidas as ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que incluem o diagnóstico precoce e o exame Papanicolaou e garantem o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras. A prevenção primária do câncer do colo do útero continuará a enfocar a necessidade da prática de sexo seguro, a fim de evitar o contágio com o vírus do Papiloma Humano – HPV –, principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Já a prevenção secundária, que resulta na detecção precoce da doença, priorizará a realização do exame Papanicolaou.

Em relação ao câncer mamário, e com o intuito de detectar as lesões malignas mediante o incremento das ações de atenção básica de saúde, será intensificada a realização anual do exame clínico da mama para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. Compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, esse procedimento deverá ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária. Deverá também ser promovido o rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos, bem como mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver a doença.

Metas	Período
Implantar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não-transmissíveis nas 27 SES e nas SMS das capitais.	2004-2007
Reorganizar a atenção no âmbito do câncer de colo do útero visando atingir a cobertura de 60% das mulheres de 25 a 59 anos de idade e tratar 100% das mulheres com exame alterado.	Até 2007
Implantar o rastreamento populacional mamográfico oportunístico do câncer de mama, com periodicidade bianual, para as mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Até 2007

OBJETIVOS

Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis – em especial os povos indígenas –, de portadores de patologias e deficiências, mediante a adoção de medidas que contribuam para sua qualidade de vida.

Integrar a rede do SUS de forma intersetorial e transversal, aproveitando a capilaridade desta rede para apoiar o Fome Zero e outros programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e de outros Ministérios.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

PROMOÇÃO DA EQÜIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A atuação do SUS nesse âmbito buscará contribuir para a redução das desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira, na conformidade da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Para tanto, serão definidas as iniciativas de curto, médio e longo prazos, além do atendimento das demandas mais imediatas, mediante, principalmente, o estabelecimento de ações afirmativas em saúde. Nesse particular, especial atenção será dada às mulheres e à juventude negras, garantindo o acesso e a permanência desses públicos na área da saúde.

A atenção à saúde da população negra irá requerer a capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e os agravos que são decorrentes das condições desfavoráveis vivenciadas pela população negra ou que sobre ela incidem com maior severidade. Nesse contexto, destaca-se a anemia falciforme, cujo programa será revisto, visando a seu fortalecimento e à implementação em todos os serviços do SUS, contemplando também a vacinação contra o Haemophilus influenza tipo B. Deverá ser aperfeiçoado o acesso das comunidades quilombolas ao conjunto das ações de saúde, em especial aquelas relacionadas às doenças imunopreveníveis.

Por outro lado, será assegurada a efetiva participação de representações dessa população no planejamento das ações e no seu monitoramento, consolidada a integração com outras áreas do governo que atuam nesse campo e estabelecida articulação contínua com organizações não-governamentais envolvidas com as questões de combate ao racismo. Além disso, serão promovidos estudos que subsidiem o aperfeiçoamento da atenção à saúde ou que forneçam respostas às questões relacionadas à saúde da população negra. Para tanto, uma medida relevante consistirá na inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

Metas	Período
Capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra.	2004-2007
Implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias.	2004-2007
Implantar o programa de controle da anemia falciforme nas 27 unidades	2004-2007

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA SEGUNDO AS SUAS ESPECIFICIDADES

A estruturação e a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI configurarão medidas prioritárias a partir das quais será organizada a atenção integral à saúde dessa população, tendo em conta as suas especificidades e cultura.

Com o objetivo de evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas e dos processos de trabalho na prestação dos serviços de atenção à saúde indígena, serão incorporadas a estes a gestão de riscos sanitários de acordo com suas peculiaridades. Os esforços nesse sentido envolverão, entre outros, o desenvolvimento de diagnóstico situacional de risco sanitário para a população indígena, por DSEI, bem como a instrumentação e a capacitação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para ações de controle de risco sanitário nos DSEI. Serão também promovidas capacitações específicas em vigilância sanitária que possibilitem aos profissionais atuar na orientação do consumo de produtos de saúde (medicamentos, alimentos etc.), contemplando as particularidades de saúde dos índios.

As ações destinadas à prevenção e ao controle das doenças prevalentes, como a tuberculose, deverão ser objeto de atenção especial, bem como a universalização da cobertura vacinal das crianças menores de cinco anos de idade, ao lado de outras ações específicas com vistas à redução da mortalidade infantil.

Configurarão prioridades também a capacitação dos profissionais de saúde que atuam junto a essas populações e a adoção de medidas que evitem a rotatividade desses profissionais, mediante, por exemplo, a criação de incentivo específico.

Metas	Período
Alcançar a homogeneidade da cobertura vacinal em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e garantir todas as vacinas preconizadas no calendário vacinal indígena.	2004-2007
Reducir em 85% a incidência de desnutrição em menores de cinco anos de idade na população indígena.	2004-2007
Implementar ações de vigilância sanitária em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	2004-2007
Reducir em 25% a incidência de tuberculose pulmonar com bacilosscopia positiva na população indígena.	2004-2007
Reducir em 60% a incidência de malária na população indígena.	2004-2007
Reducir em 60% a mortalidade infantil na população indígena.	2004-2007
Implantar a atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	2004-2007

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO

A atenção integral à saúde da população do campo – nesta incluídos os trabalhadores rurais em regime de economia familiar, os trabalhadores rurais assalariados e os acampados – será provida mediante a formulação e a adequação das políticas de saúde existentes de modo a responder às necessidades próprias dessas populações. A política de saúde para esse segmento populacional, decorrente da formulação e adequação referidas, compreenderá seis eixos, a saber:

1 - acesso às ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, com vistas à integralidade da atenção, em articulação com o gestor estadual e o municipal;

2 - ações de saneamento, de acordo com a Portaria FUNASA/MS nº 106, de 4 de março de 2004 (que aprova os critérios e os procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros relativos às ações de saneamento);

3 - assistência farmacêutica, inclusive fitoterápicos, integrando o conhecimento tradicional com a validação científica para a realização dos procedimentos terapêuticos;

4 - educação em saúde e controle social, voltada para a produção da saúde e a emancipação do sujeito;

5 - saúde do trabalhador e saúde ambiental, gerenciando os fatores de risco pela exposição aos agrotóxicos e a outras substâncias químicas, avaliando a qualidade da água, dos alimentos e realizando ações de atenção primária ambiental; e

6 - alimentação e segurança alimentar, concretização do direito humano à alimentação adequada, respeitando e valorizando a cultura local.

METAS	Período
Implantar a política de incentivo à equidade: (1) em 100% dos municípios com assentamentos e dos municípios com quilombos; (2) em 100% dos municípios da Amazônia Legal com população igual ou menor que 50 mil habitantes e IDH igual ou menor que 0,7; e (3) em 100% dos municípios com população igual ou menor que 30 mil habitantes e IDH igual ou menor que 0,7.	2004-2007
Implantar a política de prevenção e controle do consumo de álcool e outras drogas em 50% dos municípios de residência da população do campo.	2004-2007
Implantar a política do idoso em 50% dos municípios de residência da população do campo.	2004-2007

ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

As linhas de cuidado integrarão a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da

Mortalidade Infantil, que deverá reunir o conjunto de medidas voltadas à organização da atenção à saúde desse grupo nos estados e municípios. Dessa forma, os níveis de atenção à saúde deverão ser implementados de forma articulada, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado – incluindo a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde – e de reduzir os índices de mortalidade infantil no Brasil.

Nessa visão ampla e organizada, as linhas de cuidado compreenderão desde ações dirigidas à saúde da mulher e ao recém-nascido de baixo e alto risco até ações que visem à prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil, envolvendo também a atenção à saúde bucal e mental e à criança portadora de deficiência. A despeito da abrangência, e considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no País, a Agenda definirá algumas linhas de cuidado prioritárias nas ações de saúde voltadas às crianças, a saber:

- 1 - promoção do nascimento saudável;
- 2 - acompanhamento do recém-nascido de risco;
- 3 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização;
- 4 - promoção do aleitamento materno e alimentação saudável (atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais);
- 5 - abordagem das doenças respiratórias e infecciosas;
- 6 - vigilância da saúde e dos serviços de saúde e vigilância do óbito; e
- 7 - manutenção de altas coberturas vacinais em todos os municípios brasileiros, além da incorporação de novas vacinas.

Especificamente em relação ao aleitamento materno, será promovida articulação com os Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego visando estender o período de licença e do auxílio-maternidade para seis meses, de modo a favorecer o prolongamento da amamentação, independentemente do tempo de contribuição da trabalhadora para o Instituto Nacional do Seguro Social; - INSS. Para às mães trabalhadoras e não contribuintes da Previdência Social, buscar-se-á assegurar proventos no valor de um salário mínimo, desde que a unidade de saúde de referência forneça comprovação do aleitamento materno, considerando-se o aumento expressivo da população feminina hoje inserida no mercado informal de trabalho.

No que se refere à prevenção e controle de risco sanitário em serviços de saúde, com foco na atenção materna e neonatal, deverá ser desenvolvido um programa destinado a contribuir para a redução da mortalidade infantil neonatal, com enfoque nas ações de monitoramento, inspeção, investigação e melhoria da qualidade da atenção. Essas ações buscarão avaliar os indicadores obtidos a partir do Projeto Mortalidade Materna e Infantil nos hospitais brasileiros, selecionar grupos de serviços por risco para a realização de inspeções e monitorar eventos adversos graves por meio da implantação do sistema de notificação de eventos adversos graves - EAG. Nesse contexto, deverão ser publicados o Regulamento Técnico de Boas Práticas em Serviços e o regulamento sobre notificação de EAG.

Todas as ações dessas linhas prioritárias reforçarão processos inerentes a duas grandes metas de impacto: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade neonatal, em especial, tendo como pressuposto básico a diminuição das desigualdades sociais e de raça existentes e que são evidenciadas pelos coeficientes diferenciados entre crianças pobres e ricas, negras e brancas. Para tanto, será promovida também a regulamentação de normas relativas à vigilância sanitária que orientem ações para a redução da mortalidade materno-infantil.

Metas	Período
Reducir a mortalidade infantil de 27 para 22 por mil nascidos vivos e em 15% a mortalidade neonatal.	2004-2007
Implantar 40 novos bancos de leite humano e postos de coleta.	2004-2007
Ampliar em 40% a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	2004-2007
Distribuir 200 mil doses de surfactante pulmonar produzido no Brasil para o atendimento neonatal.	2004-2007
Garantir a pelo menos 60% das crianças integrantes das famílias beneficiárias do Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, crescimento e desenvolvimento e vacinação).	2004-2007

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM DE FORMA ARTICULADA COM OUTRAS POLÍTICAS INTERSETORIAIS

Na atenção ao adolescente e ao jovem, ao setor saúde caberá organizar serviços que atendam às características específicas desse grupo populacional, principalmente no âmbito da atenção básica e das ações de promoção da saúde, incluindo: (1) saúde mental; (2) prevenção e tratamento da drogadição; (3) redução da morbimortalidade por causas externas; (4) vacinação; e (5) assistência de qualidade para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis, HIV e Aids, tendo em conta as características específicas desse grupo populacional e suas necessidades de contracepção e de esclarecimento e informação sobre saúde. Isso exigirá efetiva articulação de ações intersetoriais que facilitem o acesso desses jovens aos serviços de atenção integral, bem como a estimulação da participação juvenil com vistas à adoção de estilos de vida saudáveis e à promoção da qualidade de vida.

Caberá também instituir, reordenar e qualificar o atendimento na rede do SUS a adolescentes e jovens que: (1) vivem em situação de rua; (2) estão em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade, em acampamentos rurais, em aldeias indígenas e em quilombos; e (3) portadores de deficiência ou de transtornos psíquicos, vítimas de agressões ou violência intrafamiliar.

Considerando as características e as especificidades dessa população, será promovida a educação permanente dos profissionais de saúde para uma atenção integral. Ao lado disso, será implantado o Calendário de Vacinação do Adolescente, instituído pela Portaria Ministerial nº 597, de 8 de abril de 2004.

Uma iniciativa importante na atenção a esse segmento diz respeito à promoção de políticas públicas articuladas que atendam às demandas da população de adultos jovens, como, entre outras: a inserção no mercado de trabalho; a viabilidade econômica e social para que os projetos de futuro desse grupo se realizem e os jovens possam alcançar

competência pessoal e social e ter qualidade de vida.

Metas	Período
Implantar o cartão do adolescente, destinado ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento juvenil, em pelo menos 20% dos municípios com PSF.	2004 - 2007
Implantar calendário de vacinação do adolescente em 100% das unidades federadas.	2004-2007
Aumentar em 25% os serviços de atendimento a adolescentes vítimas de violência intrafamiliar nas cidades pólos das microrregiões.	2004-2007

PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A política nacional de atenção integral à saúde da mulher será desenvolvida em efetiva articulação intra e intersetorial. Ampliando o leque de ações implementadas até o momento, serão contempladas aquelas relacionadas à atenção a mulheres idosas, cefacas, no climatério, negras, indígenas, portadoras de deficiência, em situação de prisão, com necessidades no âmbito da saúde mental, lésbicas e trabalhadoras, com destaque para as residentes no campo. Para todo esse segmento, deverão ser aperfeiçoadas as estratégias para a vacinação contra a difteria, o tétano, o sarampo e a rubéola.

Um dos principais alvos será a redução da mortalidade materna, mediante a qualificação e a humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. Nesse âmbito, estarão as medidas destinadas a assegurar à gestante o direito ao acompanhamento antes, durante e depois do parto, incluindo alojamento conjunto. Uma das estratégias para a redução da mortalidade materna consistirá na implantação de comitês de estudo e prevenção desse evento em todos os municípios com população acima de 50 mil habitantes. Será promovida também a capacitação intensiva dos profissionais, de modo a prover a adequada atenção obstétrica e neonatal, com a definição e a implementação de práticas de atendimento e de humanização específicas. Será objeto de atenção igualmente o estímulo à implementação do planejamento familiar, com a oferta dos meios para tal.

Entre as medidas a serem implementadas, constarão:

- 1 - a implantação em todas as capitais e em cerca de 20% das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família - PSF da atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas;
- 2 - a ampliação das ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis de forma a atender progressivamente às necessidades da população de mulheres em idade reprodutiva;
- 3 - a ampliação da adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento para todos os municípios;
- 4 - a implementação de centros de referência para assistência à infertilidade em todas as unidades federadas; e
- 5 - a implantação – em todas as capitais – e a incorporação nas ações desenvolvidas pelas equipes da estratégia de saúde da família da atenção à saúde da mulher no climatério.

Metas	Período
Reducir em 15% os índices de mortalidade materna.	2006
Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados.	2004-2007
Reducir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS.	2004-2007
Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões.	2004-2007
Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolaou na população de risco (35 a 49 anos de idade).	2004-2007
Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária.	2004-2007
Reducir em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS.	2004-2007
Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes.	2004-2007
Reducir em 6% a incidência de Aids em mulheres.	2004-2007
Alcançar 100% de cobertura com a vacina dupla adulto em mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, nas Regiões Norte, Nordeste, norte de Minas Gerais e no Estado de Goiás, correspondendo a 2.288 municípios, com vistas à proteção da mãe e do conceito contra o tétano accidental e neonatal.	2004-2007
Implantar/implementar cinco centros de referência para atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV.	2004-2007
Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal).	2004-2007

PROMOÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO VOLTADA À QUALIDADE DE VIDA

Na atenção a esse grupo, deverão ser enfatizadas as iniciativas dirigidas à proteção, à manutenção e à recuperação de sua capacidade funcional, incluindo medidas visando à promoção da qualidade de vida, a um envelhecimento saudável e

ativo, para que o idoso permaneça junto a sua família e comunidade o maior tempo possível, com autonomia e independência. Uma das estratégias consistirá na promoção da saúde e na prevenção de agravos, em especial a vacinação desse segmento etário. Nesse caso, destacam-se a imunização contra influenza para todas as pessoas de 60 anos e mais de idade e contra pneumococos para os que estejam hospitalizados ou em abrigos, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações -PNI. Será implantado também o Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso, instituído pela Portaria Ministerial nº 597, de 8 de abril de 2004.

Uma outra prioridade serão as ações voltadas ao tratamento e à reabilitação de seqüelas decorrentes de doenças crônicas, mediante protocolos específicos e com fortalecimento de modelos alternativos de atenção aos idosos – entre os quais destacam-se as estratégias de atendimento domiciliar, hospital-dia e centro-dia –, bem como o fortalecimento da atenção em serviços de reabilitação, com a orientação de profissionais qualificados na área de geriatria e de gerontologia. Deverá ser promovida também a capacitação intensiva de profissionais de saúde da rede do SUS, com ênfase na atenção básica e nos serviços de urgência e de emergência, de modo a prover um atendimento geriátrico e gerontológico adequado.

No conjunto de medidas destinadas à saúde do idoso, serão igualmente enfatizadas aquelas voltadas à ampliação da rede de suporte social, devidamente articulada com os diferentes setores governamentais e não-governamentais. Entre esses, está o Programa Nacional de Cuidadores, que possibilitará um maior suporte aos familiares dos idosos dependentes e permitirá detectar maus-tratos e violência sofridos por esse segmento etário.

Será relevante ainda a implantação e o credenciamento de centros colaboradores, voltados para pesquisa, validação de protocolos, testagem de modelos, capacitação de profissionais da área da saúde do idoso, produção e socialização de conhecimento geronto-geriátrico. Os profissionais da rede do SUS, em especial, deverão receber capacitação específica para cuidados paliativos ao final da vida, com enfoque na humanização da atenção.

Os idosos residentes e acolhidos em instituições de longa permanência, conveniadas com o setor público, preferencialmente, terão garantido o atendimento à saúde, por intermédio da atenção básica com fluxo de referência aos diversos níveis de complexidade. Uma das iniciativas estratégicas, nesse contexto, deverá ser o estabelecimento de regulamentos técnicos para orientar o funcionamento dessas instituições. Os idosos residentes nessas instituições – que constituem a parcela mais frágil e vulnerável desse segmento – serão alvo de iniciativas específicas para a produção de pesquisas e para o levantamento do perfil epidemiológico, envolvendo o conhecimento das peculiaridades desse grupo nas diferentes macrorregiões brasileiras.

Considerando a complexidade e a multidisciplinaridade das questões atinentes à saúde desse segmento populacional, serão enfatizadas ações desenvolvidas em parceria com outros setores, governamentais ou não, que compõem a rede de suporte social do indivíduo idoso. No âmbito governamental, merecerão destaque: o Programa Nacional de Cuidadores, o Plano Integrado de Ações da Política Nacional do Idoso e a elaboração de uma cartilha de operacionalização do Estatuto do Idoso, desenvolvida em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; a regulamentação do funcionamento das instituições de longa permanência; e a participação no Programa de Combate à Violência e Maus-Tratos contra Idosos, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Fora do setor público, serão realizadas parcerias visando à cooperação técnica com diferentes instituições, como a Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e a Associação Nacional de Gerontologia.

Meta	Período
VACINAR, ANUALMENTE, CERCA DE 70% DA POPULAÇÃO IDOSA CONTRA A GRIPE.	2004-2007

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR COM MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DA ATENÇÃO À SAÚDE

No conjunto das medidas voltadas à saúde do trabalhador, especial ênfase será dada à prevenção de riscos e à promoção da qualidade de vida no trabalho, entre as quais destacam-se a vigilância sanitária e ambiental dos processos de trabalho, assim como a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho. Para esse segmento, deverão ser aperfeiçoadas as estratégias para a vacinação contra difteria, tétano, sarampo e rubéola.

A atenção integral à saúde do trabalhador será prestada sobretudo com o apoio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, que deverá ser expandida por meio da implementação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST, que atuarão de forma articulada com os demais serviços do SUS – atenção básica e serviços ambulatoriais e hospitalares – para o atendimento e o registro de acidentes e doenças do trabalho.

Os profissionais do SUS deverão receber capacitação específica para o atendimento do trabalhador, de modo a detectar, de forma precoce, doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como deflagrar as medidas preventivas necessárias para o atendimento e o registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estes últimos denominados unidades sentinelas em saúde do trabalhador. Os procedimentos para a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho nessa rede sentinelas deverão observar o disposto na Portaria MS nº 777/2004.

O desenvolvimento de ações de caráter intersetorial – envolvendo, além do Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego, o da Previdência Social, entre outros – constituirá uma estratégia essencial para a promoção de impacto positivo sobre a situação de morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho, assim como para a melhoria das condições de vida no trabalho. Nesse sentido, deverá ser implementado o diagnóstico e o registro de doenças e acidentes do trabalho para os trabalhadores da economia informal e aumentado para os da economia formal.

O controle social das ações de governo em saúde do trabalhador será aprimorado, sendo que a avaliação social da política de governo em implantação para essa área dar-se-á na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a ser realizada em julho de 2005, convocada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social (Portaria nº 774/2004).

Meta	Período
Reduzir em 5% a taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho.	2004-2007

CONSOLIDAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Na promoção da saúde da pessoa portadora de deficiência, a principal linha de atuação será a consolidação das redes

estaduais de reabilitação, de forma descentralizada e hierarquizada, visando reabilitar a capacidade funcional desta pessoa e contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social. Uma outra estratégia prioritária consistirá no atendimento à população portadora de deficiência na atenção básica, buscando principalmente a qualidade de vida e a acessibilidade deste segmento aos bens de uso comum a toda a população.

Para a implementação dessas iniciativas, será fundamental o desenvolvimento de programas de capacitação de recursos humanos, tanto no âmbito gerencial quanto na formação de profissionais de saúde para atuarem nas equipes matriciais e na estratégia de saúde da família. Até 2007, deverão estar atuando 270 equipes matriciais, devidamente capacitadas para o acompanhamento das pessoas portadoras de deficiência. Tais estratégias de prevenção serão fundamentais para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas.

Ao lado dessas iniciativas, deverão ser implementadas também; (1) a veiculação de campanhas nacionais sobre a prevenção de deficiências; (2) a implantação de unidades de reabilitação para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência motora, visual, auditiva e mental; e (3) a expansão da rede de serviços extra-hospitalares para pessoas portadoras de deficiência, nestas incluídas as portadoras de autismo.

Meta	Período
Implantar 160 unidades de reabilitação para o atendimento às pessoas com deficiência motora, visual, auditiva e mental.	2004-2007

IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRISIONAL

A implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário será viabilizada mediante a organização de ações e serviços de atenção básica de saúde no âmbito das unidades prisionais masculinas, femininas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, bem como manicômios judiciais, de modo a possibilitar a inclusão dessa população no SUS. Para tanto, buscar-se-á qualificar todas as unidades federadas neste Plano, cujo desenvolvimento compreenderá também o cadastramento de todas as pessoas presas e de estabelecimentos prisionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CAD-SUS, bem como o desenvolvimento de pesquisa de abrangência nacional para diagnosticar as condições de saúde da população penitenciária.

As ações de vigilância sanitária nessas instituições constituir-se-ão em estímulo à gestão de riscos sanitários para evitar o surgimento de surtos e demais eventos adversos, como os decorrentes das estruturas e de processos de trabalho na prestação de serviços.

O acesso dessa população aos demais níveis de atenção em saúde ocorrerá por intermédio das referências que serão incluídas nas Programações Pactuadas Integradas - PPI estaduais, estabelecidas nas Comissões Intergestores Bipartite. Também deverá ser aperfeiçoada a vacinação, conforme o estabelecido na Portaria Ministerial nº 1.777/2003.

A capacitação dos técnicos das equipes que atuarão nos referidos serviços de saúde, a serem implementados dentro das unidades prisionais, será realizada em parceria com entidades formadoras e/ou pólos de capacitação que desenvolverão propostas e executarão cursos de educação permanente, visando reduzir danos, melhorar a qualidade da assistência e promover a atenção integral à saúde da população confinada nas unidades prisionais.

Além disso, deverá ser realizado o levantamento de dados epidemiológicos e sociais acerca das condições de saúde da população penitenciária, tendo em conta a inexistência de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico dessa população.

Meta	Período
Instrumentar e capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos 27 estados e no DF para ações de controle de riscos sanitários no Sistema Penitenciário.	2004-2007

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E COMBATE À DESNUTRIÇÃO

Uma medida essencial, nesse contexto, consistirá no monitoramento da situação alimentar e nutricional, com o fortalecimento e a consolidação da vigilância alimentar e nutricional, integrante do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Esse monitoramento deverá ser capaz de indicar, de forma oportuna, as intervenções que se fizerem necessárias. O setor saúde manterá também sua participação ativa nas medidas voltadas ao combate à fome no País, apoiando inclusive a implementação do Bolsa Família – sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – e promovendo o envolvimento contínuo do SUS. Nesse particular, cabe destacar o acompanhamento do cumprimento da agenda de compromissos do setor saúde – uma das condicionalidades do Bolsa Família -, representados pelo pré-natal, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a vacinação em dia de crianças e gestantes.

A prevenção do sobrepeso e da obesidade – para o que deverão ser realizadas campanhas anuais de comunicação social –, bem como de outros agravos associados à alimentação e à nutrição, principalmente as doenças crônicas não-transmissíveis e da desnutrição constituirão foco prioritário das medidas a serem adotadas, tendo como uma das estratégias essenciais o incentivo à adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Nesse contexto, serão enfatizados igualmente a prevenção e o controle das carências nutricionais por micronutrientes – como ferro e vitamina A – e dos distúrbios por deficiência de iodo - DDI, notadamente junto aos grupos de maior risco.

A implantação da rotulagem nutricional dos alimentos, voltada para a promoção da alimentação saudável, continuará a ser destacada com o desenvolvimento de ações envolvendo todos as esferas federativas e a necessária atuação junto aos órgãos de defesa do consumidor, associações profissionais e do setor produtivo. Envolverá também ações de capacitação sistemática dos profissionais de saúde – incluindo os profissionais de vigilância sanitária – para a utilização das ferramentas disponíveis, como é o caso da rotulagem de alimentos, a fim de propiciar a escolha saudável dos alimentos.

A fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, adotada no País, a partir do ano de 2004, será monitorada pelo sistema de vigilância sanitária de alimentos, como forma de garantir a presença das quantidades destes nutrientes nos produtos, ensejando, a longo prazo, estudos comparativos sobre a incidência das doenças carentiais relacionadas.

O monitoramento da promoção comercial dos alimentos destinados a lactentes e crianças de primeira infância deverá ter continuidade, com o objetivo de compor o quadro de indicadores sobre o aleitamento materno. As ações de monitoramento abrangerão a avaliação de duas categorias de produtos: alimentos infantis de transição e farinhas fortificadas, de modo a averiguar a sua adequação à legislação sanitária vigente.

Em relação à vigilância sanitária de alimentos, a promoção da saúde pela alimentação constituirá a nova abordagem a ser adotada com vistas a intervir no processo saúde-doença em relação à fome e à desnutrição. Tal abordagem incluirá a orientação da população sobre alimentação saudável e captura das suas dificuldades para identificação de alimentos seguros, exigência de adoção das boas práticas e controle do risco sanitário para combate ao desperdício e melhor aproveitamento dos alimentos, principalmente no âmbito do consumo. Como estratégia para implementação dessas ações, serão utilizados os meios de comunicação e informações disponíveis e estabelecida parceria das áreas do setor saúde, como PSF/PACS, Programa de Alimentação do Escolar, Programa de Alimentação do Trabalhador, ações de alimentação do Programa Fome Zero, unidades hospitalares e ambulatórios de saúde, entre outros.

Outras ações de vigilância sanitária, inseridas no Programa Nacional de Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, serão a inspeção anual no universo de indústrias beneficiadoras de sal existente e o monitoramento nacional do teor de iodo nas distintas marcas de sal destinado ao consumo humano, expostas à comercialização. Nesse sentido, deverá ser implementado o Programa Nacional de Inspeção Sanitária em estabelecimentos beneficiadores de sal, com ênfase no controle da adição de iodo a esse produto pelas unidades fabris que atuam neste tipo de atividade.

Uma outra medida consistirá na parceria com a vigilância epidemiológica no monitoramento das doenças transmitidas por alimentos - DTAs, para a sua prevenção. Deverão ser identificados as causas, os perigos, os locais de incidência e as etapas da cadeia alimentar de maior risco, entre outros fatores importantes a serem considerados no planejamento das ações de vigilância sanitária. Serão também intensificadas as medidas preventivas de controle dos produtos alimentícios e de inspeção nos estabelecimentos prestadores de serviços de alimentação, assim como nos estabelecimentos fontes de abastecimento de alimentos. Para tanto, buscar-se-á estabelecer parcerias com outros setores da área de alimentos, que interagem na produção, no transporte, na armazenagem, na comercialização e na pesquisa de alimentos, inclusive na área de importação de produtos alimentícios.

Em paralelo, deverão ser incrementados os estudos e as pesquisas necessários ao apoio das ações indispensáveis à segurança dos produtos alimentícios e da alimentação, com vistas a prevenir agravos à saúde. Acresce-se ainda o fortalecimento das ações de capacitação de pessoal do SUS, na área de segurança dos alimentos e de alimentação, buscando-se a parceria com setores envolvidos na produção do conhecimento, como estabelecimentos de ensino e pesquisa e aqueles que atuam também nas áreas de produção ou de prestação de serviços de alimentos e alimentação, tanto nacionais quanto internacionais.

Metas	Período
Monitorar a fortificação das farinhas de trigo e milho nas 27 unidades federadas.	2004-2007
Monitorar a situação alimentar e nutricional em cerca de 60% dos municípios.	2004-2007
Atender com micronutrientes, anualmente, pelo menos 70% da população em situação de risco.	2004-2007

AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O foco das medidas nesse âmbito será a consolidação do modelo de base comunitária, visando à inclusão social e ao atendimento de qualidade aos portadores de transtornos mentais, aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e aos dependentes destas drogas. Uma das estratégias prioritárias para tanto será a qualificação, a ampliação e o fortalecimento da rede extra-hospitalar, de que são exemplos os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT; as assistências psiquiátricas em hospitais gerais; e os Centros ou Núcleos de Apoio Psicossocial (CAPS ou NAPS).

Uma outra linha de atuação da atenção em saúde mental consistirá no incremento das ações dirigidas à reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais, egressos de longas internações psiquiátricas, por intermédio do programa "De volta para casa", nesta compreendida a concessão de auxílio financeiro para egressos visando a sua reinserção social.

Em relação aos dependentes químicos, buscar-se-á facilitar o acesso das famílias, cujo pai ou mãe seja dependente, aos benefícios da Previdência Social, sem a exigência de contribuição, desde que este esteja em tratamento em serviços públicos ou ofertados por Organização Não-Governamental - ONG e que comprove não ter recursos para suprir as necessidades familiares básicas.

A consolidação e o aperfeiçoamento das ações envolverão o desenvolvimento de um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; a promoção dos direitos de usuários e familiares, incentivando-se a sua participação efetiva no cuidado; a garantia de tratamento digno e de qualidade ao portador de transtorno mental infrator, buscando superar o modelo de assistência centrado no manicômio judiciário; e a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos por intermédio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria).

Os profissionais em vigilância sanitária serão capacitados para o monitoramento de eventos sentinelas dos riscos próprios à internação em hospitais psiquiátricos. Buscar-se-á também capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o controle sanitário em hospitais psiquiátricos, manicômios judiciários e comunidades terapêuticas. O controle sanitário nessas instituições estimulará ações preventivas em relação aos agravos decorrentes das estruturas e de processos de trabalho existentes. Ao lado disso, deverá ser promovida a regulamentação da publicidade e da comercialização de bebidas alcoólicas.

Metas	Período
Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 1.700 novos serviços (entre os seguintes dispositivos: Caps, SRTs, unidades psiquiátricas em hospital geral).	2004-2007
Conceder auxílio reabilitação psicossocial a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS ("De volta para casa").	2004-2007

AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

A atenção em saúde bucal no País, pautada no Programa Brasil Soridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros:

1 - na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta;

2 - na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

3 - na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e

4 - na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção.

O elenco das medidas a serem empreendidas, compreenderão: a fluoretação das águas; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, visando à autonomia e ao autocuidado; a aplicação tópica de flúor, objetivando a prevenção e o controle da cárie em ações coletivas, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado).

O diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. O tratamento deverá priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde. Já as ações de reabilitação consistirão na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e na sua atividade profissional.

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á: (1) a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal; (2) a implantação e o aumento da resolubilidade do pronto-atendimento, avaliando-se a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e orientando o usuário para retorno ao serviço e a continuidade do tratamento; e (3) a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, considerando-se a possibilidade de inserção, em cada local, de procedimentos mais complexos na atenção básica. Deverá ser considerada a possibilidade de, em cada local, serem inseridos procedimentos como pulpotoromias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuirão para ampliar a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico em cada local, aumentando o seu impacto e cobertura, bem como o estreitamento do vínculo entre o serviço e o usuário.

A viabilização dessas possibilidades implicará suporte financeiro e técnico específico que contribua para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões e a capacitação de técnicos em prótese dentária - TPD e auxiliares de prótese dentária APD da rede SUS.

Na ampliação do acesso, buscar-se-á superar o modelo biomédico de atenção às doenças, mediante duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: (1) por linhas de cuidado; e (2) por condição de vida. A primeira compreenderá o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada com a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Já a atenção por condição de vida compreenderá a saúde da mulher, a do trabalhador, a de portadores de necessidades especiais, a de hipertensos, a de diabéticos, entre outras.

Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Metas	Período
Distribuir, anualmente, 1,9 milhão de kits de higiene oral.	2004-2007
Implantar 550 centros de especialidades odontológicas e ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 milhões de procedimentos.	2004-2007

REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Para responder ao aumento da morbidade e mortalidade por acidentes e violências, terá continuidade o

desenvolvimento de estratégias de articulação com setores extra e intraministeriais para a prevenção desses agravos, compreendendo, no âmbito federal, os Ministérios dos Transportes, da Justiça, da Educação, do Trabalho e Emprego, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dos Esportes e das Cidades e da Secretaria de Direitos Humanos. Ao lado disso, deverá ser promovida a mobilização de recursos e o estabelecimento de parcerias com instituições acadêmicas e organizações não-governamentais que lidam com o tema.

As medidas dirigidas à prevenção de acidentes e violências terão como foco a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

Às vítimas de acidentes e violências deverá ser provida uma atenção integral e interdisciplinar. Iniciativas deverão ser adotadas em relação à prevenção de riscos dos segmentos populacionais mais vulneráveis, numa perspectiva geracional, de gênero e étnico/racial, tendo sempre o olhar para a abordagem integral das pessoas vivendo situações de violência, quer como autores, quer como vítimas. Ao lado disso, articulações e ações intersetoriais deverão ser desenvolvidas para a qualificação da informação, de modo a subsidiar o desenvolvimento de políticas e planos, assim como definir indicadores para o seu monitoramento e avaliação.

Serão implantados e implementados Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais. Esses Núcleos comporão a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que viabilizará as ações de gestão no desenvolvimento do plano de prevenção, em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Integrarão as estratégias fundamentais a educação permanente de recursos humanos – com prioridade para os profissionais dos núcleos gestores e da atenção básica – e a implementação de ações matriciais de apoio à atenção básica, com o objetivo de qualificar o cuidado prestado às pessoas vivendo situações de violência e aos segmentos populacionais mais vulneráveis. Além disso, serão capacitados técnicos das três esferas do SUS para atuarem na vigilância de acidentes e violências e como multiplicadores das ferramentas e técnicas aprendidas.

As tipologias da violência priorizadas serão os homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, violências intrafamiliares, institucionais e a exploração sexual de crianças e adolescentes em todas as suas expressões. A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde deverá incentivar e garantir a notificação dos casos previstos em lei e normatizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente em relação a acidentes de trânsito, as grandes capitais deverão ser abrangidas pelo Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no País, iniciado em 2003, cujo objetivo principal é o fortalecimento da vigilância epidemiológica nas Secretarias Municipais, com ênfase na melhoria e análise das informações e na realização de atividades intersetoriais de prevenção e capacitação de técnicos para atuarem nesta área.

Uma estratégia a ser adotada será a construção de políticas articuladoras dos vários setores nacionais e a implementação de ações intersetoriais que potencializem os recursos destinados à redução da violência e de acidentes.

Os serviços de atendimento às urgências e emergências – pré-hospitalar e hospitalar – serão preparados para a atenção a essas vítimas, com especial atenção no que diz respeito ao encaminhamento de casos que requeram recuperação e reabilitação.

Deverão ser promovidas condições para a adoção da estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, expressa globalmente por intermédio do projeto de cidades, comunidades e ambientes protetores da vida, visando à redução das causas externas e o desenvolvimento de uma perspectiva ampliada para o enfrentamento do conjunto das situações de urgências traumáticas e não traumáticas, incluindo as urgências clínicas e psiquiátricas.

Metas	Período
Implantar 54 núcleos municipais e estaduais de prevenção da violência e de promoção da saúde em cidades com mais de 100 mil habitantes.	2004-2007
Expandir a implantação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito” para 100% das capitais.	2004-2007

3. EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVO

Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão descentralizada, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas regionais e locais.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO SUS

A qualificação e a humanização na gestão deverão ser implementadas de forma conjunta àquelas preconizadas para o âmbito da atenção à saúde. Similarmente, serão identificadas, negociadas e pactuadas práticas destinadas a qualificar e humanizar a gestão do SUS. Uma estratégia a ser privilegiada será a capacitação contínua de gestores nessas práticas.

Um mecanismo também relevante consistirá na organização de instâncias que possibilitem a auscultação sistemática de profissionais de saúde, que poderão formular as suas críticas e sugestões para qualificar e humanizar a gestão no âmbito do respectivo Sistema. Para tanto, será importante a divulgação sistemática de medidas e decisões tomadas pelo gestor respectivo. As experiências bem sucedidas de qualificação e humanização deverão igualmente ser objeto de divulgação, sobretudo entre gestores.

A qualificação e a humanização na gestão do SUS requerem o provimento das condições necessárias, que irão conferir qualidade, capacidade resolutiva e atuação oportuna na prestação dos serviços e no desenvolvimento das ações de saúde. Para tanto, um dos mecanismos relevantes será a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde, cujas medidas

para tal deverão ser incrementadas e fortalecidas.

Ao lado disso, estará a implementação da política nacional de investimento em saúde, que abarcará, entre outras iniciativas, a ampliação, a adequação e/ou modernização da rede física, o suprimento de recursos tecnológicos e o desenvolvimento institucional dos serviços. Tais medidas serão consideradas estratégicas no esforço de redução das desigualdades regionais e de promoção da eqüidade na atenção à saúde.

Uma das iniciativas relevantes na qualificação da gestão será na implementação, incremento e aperfeiçoamento, nas três esferas de governo, do processo de trabalho do Sistema, das ações e dos serviços de planejamento, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria do SUS mediante a adoção, entre outras, das seguintes estratégias:

1 - criação de instrumentos integrados;

2 - revisão dos indicadores de atenção à saúde, adequando-os às realidades locais de recursos de assistência disponíveis em cada município;

3 - criação de comissões intersetoriais ampliadas com a participação dos conselhos, visando eliminar as perdas decorrentes da má utilização dos recursos e observando a relação entre o atendimento programado e o atendimento oferecido pelos municípios;

4 - prevenção e/ou averiguação de atos de corrupção e improbidade administrativa visando ao cumprimento da lei e à punição dos responsáveis;

5 - inclusão de instrumentos de avaliação externa dos mecanismos de alocação e repasse de recursos para reorientar a gestão e os modelos de atenção vigentes; e

6 - aditamento anual de toda e qualquer verba, incluindo os processos licitatórios de setores específicos do SUS.

Metas	Período
Definir e implementar práticas de qualificação e humanização da gestão do SUS nas 27 UF e em 500 municípios.	2004-2007
Emitir e operacionalizar 120 milhões de unidades do Cartão Nacional de Saúde.	2004-2007

APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA E REGIONALIZAÇÃO DO SUS

Para a promoção da qualificação da gestão descentralizada, serão adotadas, em especial, medidas de apoio às esferas estadual e municipal, entre as quais destacam-se:

1 - a redefinição e a implementação de diretrizes de regionalização e a criação de instâncias de planejamento e co-gestão das ações regionalizadas do Sistema;

2 - a identificação e a implementação de outras formas de organização que favoreçam a regionalização de ações e serviços, como os consórcios públicos;

3 - a formulação e a implementação de processo de fortalecimento da gestão descentralizada do SUS, neste incluída a capacitação de gestores, por intermédio dos pólos de educação permanente, visando à qualificação dessa gestão;

4 - a implementação de uma rede de cooperação técnica para a gestão descentralizada;

5 - a implementação da estratégia do apoio integrado à gestão descentralizada do SUS;

6 - a revisão e a sistematização da regulamentação do SUS, com proposição de uma nova institucionalidade, com a criação e o aprimoramento de instrumentos legislativos e de gestão capazes de efetivar as responsabilidades comuns de planejamento, de coordenação e de avaliação do Sistema nas três esferas de governo; e

7 - o fortalecimento dos espaços colegiados de negociação e pactuação do Sistema, com identificação e implementação de mecanismos e processos que viabilizem o aprimoramento dessas instâncias, cujas marcas relevantes estarão representadas pela democratização, cooperação e solidariedade entre os parceiros.

A articulação do Ministério da Saúde com a política nacional de desenvolvimento em curso, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República e os Ministérios da Integração Nacional e do Planejamento, Orçamento e Gestão, favorecerá o desenvolvimento de políticas intersetoriais de abordagem regional, qualificando a política de regionalização do SUS. Nessa perspectiva, destacam-se o Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia e as Rides (Regiões Integradas de Desenvolvimento).

As iniciativas aqui preconizadas visarão, entre outras ações, reafirmar a autonomia e o comando único em cada esfera de governo na gestão de todas as ações e serviços de saúde em seu território, buscando garantir o direito universal à saúde e repasses regulares de recursos, nos termos de suas responsabilidades, definidas a partir de um marco regulatório que reorganize as funções e a atuação do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde em relação aos municípios com o objetivo de cumprir:

1 - as responsabilidades legais, os pactos e prazos estabelecidos;

2 - os processos de habilitação das esferas nas respectivas condições de gestão do Sistema; e

3 - o papel regulador do Estado nas relações com o setor privado, com a indústria farmacêutica e com os serviços de referência nacional.

Metas	Período
Regionalizar e hierarquizar as ações e serviços de saúde do SUS, implementando 200 regiões de saúde.	2004-2007
Criar 120 instâncias de planejamento e co-gestão das ações e serviços regionalizados do SUS.	2004-2007
Desenvolver projeto de fortalecimento da gestão em todos os estados e em 400 municípios.	2004-2007

gestão.

A alocação de recursos do SUS deverá ser objeto de uma revisão que, gradativamente, produza um forte ajuste dos instrumentos de responsabilização sobre os resultados da execução desses recursos. Para tanto, algumas reorientações serão fundamentais, tais como:

1 - o fortalecimento das estratégias de implementação de planos municipais, estaduais e nacionais de saúde como instrumentos de gestão e como elementos essenciais para o estabelecimento de pactos intergestores;

2 - a redução da fragmentação no processo alocativo atual;

3 - a definição de parâmetros nacionais de alocação que sejam utilizados tanto no processo de pactuação nacional, quanto por parte das Comissões Intergestores Bipartite, nas respectivas pactuações estaduais;

4 - a implementação de uma nova metodologia de alocação que leve em consideração a necessidade do estabelecimento de metas de alcance de maior eqüidade, a partir da avaliação de questões como perfil demográfico, perfil epidemiológico, características territoriais e análises de tendências, entre outras, utilizando-se as informações existentes para rever os critérios atuais de distribuição dos recursos federais;

5 - a utilização de parâmetros de responsabilização sobre as regras estabelecidas para o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 - EC nº 29, de modo que este seja um critério fundamental na definição dos modelos de transferência de recursos;

6 - a definição de critérios de alocação que levem em conta a necessidade de custeio das unidades implantadas a partir de investimentos previstos em Planos Diretores de Investimentos - PDIs, com prioridade para a rede pública;

7 - a implementação gradativa de instrumentos de repasse, fundo a fundo, de estados para municípios, respeitando a autonomia de cada ente da Federação e levando em conta as peculiaridades presentes nos orçamentos estaduais, bem como os critérios diferenciados, existentes na definição de prioridades de cada estado; e

8 - a efetiva utilização dos instrumentos de programação local, regional e estadual, com o objetivo de totalizar e integrar os recursos das três esferas de governo, respeitados os programas, ações e projetos definidos nos planos de saúde e nos orçamentos de cada ente da Federação, inclusive das capitais e regiões metropolitanas.

REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29

A medida terá como foco o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal e compreenderá a definição de montantes de recursos a serem destinados para ações e serviços públicos de saúde, por parte da União, estados e municípios, bem como de critérios de rateio e fiscalização e controle desses recursos. Para tanto, deverá ser promovida efetiva articulação com o Congresso Nacional, o Conselho Nacional de Saúde, os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os Governadores e as associações de prefeitos.

A aprovação dessa regulamentação pelo Congresso Nacional trará importantes benefícios, entre os quais a perspectiva de estabilidade de recursos das três esferas de governo para aplicação em ações e serviços públicos de saúde, com consequente aumento da oferta e da capacidade resolutiva da atenção à saúde no País.

Ao lado disso, deverá ser analisada a viabilidade de formalização, junto ao Ministério Público, de Termo de Ajustamento de Conduta – para municípios e estados em qualquer condição de gestão e para a União –, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, sobre o não-cumprimento do estabelecido na Emenda Constitucional nº 29.

Metas	Período
Promover a estabilidade de recursos das três esferas de gestão do SUS mediante a regulamentação da EC nº 29 e o acompanhamento, pelo Sistema de Informações, sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS, mediante a implantação de quatro sistemas.	2004- 2007
Implantar e operacionalizar 26 núcleos estaduais do SIOPS.	2004-2007
Aumentar em 10% a coleta de informações sobre receita total e gastos em saúde nos municípios.	2004-2007

OBJETIVOS

Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema.

Estimular a cultura de paz e não-violência, visando contribuir para a sua disseminação no Brasil e no mundo, considerando a sua importância para a promoção e a proteção da saúde.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

APRIMORAMENTO DAS INSTÂNCIAS E PROCESSOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

O cumprimento dessa diretriz estará baseado principalmente na experiência do SUS nesses 15 anos de sua criação, a qual implicará ampla avaliação dos avanços alcançados e dos obstáculos defrontados até então. A partir dessa avaliação, e tendo em conta as proposições oriundas da 12ª Conferência Nacional de Saúde, deverão ser definidos e implementados mecanismos e estratégias que possibilitem o aprimoramento preconizado, tanto em relação aos Conselhos de Saúde quanto em relação à realização das Conferências de Saúde.

Ao lado disso, será incrementada a capacitação contínua de conselheiros de saúde, acompanhada de monitoramento com vistas ao seu aperfeiçoamento e o atendimento de novas necessidades que porventura venham a surgir nesse processo de aprimoramento. Será também promovida a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informações entre Conselhos de Saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem-sucedidas desses Conselhos. Uma iniciativa importante consistirá na indicação, ao Conselho Nacional de Saúde, da necessidade de publicação das atribuições de cada esfera de governo contempladas na Lei nº 8.080/90, em linguagem acessível à população, incluindo a impressão em braile.

A orientação e o acompanhamento no tocante à composição dos Conselhos de Saúde, de modo a promover e fortalecer a representatividade definida pela Lei Orgânica da Saúde, serão igualmente medidas relevantes. Nesse contexto, ainda deverão ser estudadas a oportunidade e a viabilidade de novos canais de participação social.

Uma estratégia para o cumprimento dessa diretriz estará representada pela articulação, nas três esferas de governo, entre os Conselhos de Saúde e os demais conselhos de políticas públicas, particularmente da área social, incluindo os movimentos sociais, com vistas à elaboração de uma agenda intersetorial pactuada. Tal agenda orientará ações conjuntas para a promoção do controle social, estabelecendo estratégias e mecanismos – tais como fórum intersetorial de debates, palestras, seminários e encontros – que viabilizem a interlocução continuada entre os diversos conselhos. Para tanto, deverá ser criado um sistema de monitoramento do funcionamento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Metas	Período
Realizar a 13ª Conferência Nacional de Saúde.	2004-2007
Criar o cadastro dos Conselhos de Saúde dos municípios e dos estados e estabelecer rede de intercâmbio entre esses Conselhos.	2004-2007

ESTABELECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CÓDIGO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DO SUS

Esse código configurará instrumento privilegiado tanto para a melhoria contínua das ações, produtos e serviços de saúde, quanto para a participação social. Nesse sentido, deverão ser implementadas as medidas necessárias ao seu estabelecimento, mediante uma articulação intensa com o Congresso Nacional, assim como com os gestores e as instâncias formais de participação social no SUS.

Paralelamente ao estabelecimento do código, serão tomadas as providências para a sua implementação plena, bem como para o atendimento e resolução das demandas dela advinda. Nesse contexto, estudos deverão ser feitos para aferir o nível de satisfação do usuário de serviços de saúde. Para a implementação dessa diretriz, serão buscadas a cooperação e a integração com os órgãos envolvidos com a questão, entre os quais o Ministério Público.

Metas	Período
Estabelecer, em parceria com o Congresso Nacional, e implementar o Código de Defesa dos Usuários.	2004-2007

CONSOLIDAÇÃO DO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA NO PAÍS

O resgate do conhecimento acumulado ao longo do processo da reforma sanitária no Brasil e a avaliação dos avanços e retrocessos configurarão iniciativas estratégicas para a consolidação desse processo.

Nessa direção, deverão ser promovidos estudos que contribuam para a identificação dos problemas e dificuldades na implementação do SUS e possíveis soluções. Ao lado disso, uma estratégia importante será o desenvolvimento de processo que favoreça a apropriação, por parte da população, dos princípios, diretrizes e avanços do SUS, inclusive como forma de consolidar e aperfeiçoar a reforma sanitária. Entre as iniciativas a serem empreendidas, estará a promoção anual de eventos específicos para tal. Por outro lado, igual ênfase será dada à formação dos profissionais de saúde no tocante à apropriação desses conhecimentos, medida esta a ser desenvolvida em parceria com o Ministério da Educação.

IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO PARTICIPATIVA

A consolidação do SUS como política de efetiva universalização dos direitos de cidadania exigirá, no estágio atual, o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e a busca de novos canais de escuta da população. Outras formas de participação deverão ser desenvolvidas nos campos da co-gestão, da gestão colegiada, de ouvidorias, entre outras.

Nessa perspectiva, promover-se-á a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde e desenvolvidos processos que permitam estimular a incorporação das práticas de gestão participativa nas políticas, programas, projetos, serviços, unidades, sistemas, órgãos e entidades do Ministério da Saúde, do SUS como um todo e da sociedade civil.

A intersetorialidade será adotada como prática de gestão, ao permitir o estabelecimento de espaços compartilhados para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

A disseminação de experiências bem-sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições, como estratégia de fortalecimento dos métodos e práticas assumidas. Da mesma forma, serão difundidos à população, por intermédio dos diferentes meios de comunicação, conteúdos informativos sobre o SUS e seus mecanismos de gestão.

Serão estimulados também novos mecanismos que viabilizem ampliar o acesso da população na condução e avaliação do SUS. Nesse aspecto, deverá ser estabelecida a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e criadas estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde.

Metas	Período
Implantar a Ouvidoria Nacional de Saúde e atender cerca de 1,5 milhão/ano de usuários.	2004-2007
Estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e implantar ouvidorias nos 26 Estados e no Distrito Federal e em 25% de municípios de grande porte.	2004-2007
Promover a formação de cerca de 20 mil/ano conselheiros para o controle social.	2004-2007
Realizar cursos de informação sobre o SUS para programadores de 2.000 emissoras de rádio comunitárias.	2004-2007

OBJETIVOS

Garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade, e implementando uma política nacional para os trabalhadores do SUS, segundo os princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Implementar uma política de educação permanente para o SUS, em conjunto com o Ministério da Educação, os

demais entes federados e as instituições formadoras, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde e do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

FORTECIMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

As medidas a serem adotadas deverão assegurar a valorização profissional, fortalecer a democracia nas relações de trabalho e promover a regulação das profissões visando à efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade. Tais medidas conformarão a política nacional para os trabalhadores do SUS, na conformidade dos princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

No conjunto das medidas a serem desenvolvidas, estarão a harmonização das carreiras do SUS no âmbito das esferas de governo, o funcionamento da mesa nacional de negociação e o incentivo à operacionalização dessa instância na esfera estadual e nas esferas municipais de gestão do Sistema. Ao lado disso, serão ampliados e fortalecidos os observatórios de recursos humanos em saúde, em articulação com as entidades envolvidas com a questão, em especial as instituições de ensino superior.

Meta	Período
Criar 20 observatórios de recursos humanos em saúde/ano.	2004-2007

IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

A implementação dessa diretriz deverá envolver o Ministério da Educação, as esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras, tendo em conta que as iniciativas enfocarão, entre outras, a mudança na formação superior e técnica das profissões de saúde e sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde da população e as demandas do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais.

Para tanto, integrarão o elenco das ações a serem desenvolvidas, entre outras: a capacitação de profissionais a distância; a oferta de estágio aos estudantes das áreas de saúde na rede do SUS; a formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação (lato e stricto sensu); a qualificação para a gestão e administração de programa; a promoção dos princípios da educação popular em saúde; e as residências de profissionais de saúde.

Metas	Período
Promover a desprecarização do trabalho do agente comunitário de saúde.	2004-2007
Promover a residência em saúde para 1,3 mil profissionais.	2004-2007
Capacitar 17 mil profissionais em formulação de políticas em áreas técnicas específicas dos estados e municípios.	2004-2007
Estruturar 110 Pólos de Educação Permanente em Saúde.	2004-2007
Promover mudança em 200 cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.	2004-2007
Formar cerca de 35 mil pessoas em cursos de pós-graduação (stricto e lato sensu) e em cursos para atuação em educação profissional.	2004-2007
Capacitar 300 mil profissionais de nível técnico do SUS.	2004-2007
Realizar a capacitação de 12 milhões de pessoas na promoção dos princípios da educação popular em saúde.	2004-2007

INSTITUIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO CIVIL PROFISSIONAL EM SAÚDE

Essa iniciativa será destinada às carreiras de saúde, nas modalidades de graduação e especialização em serviço, constituindo estágio curricular a ser realizado em localidades com baixa densidade tecnológica e precária oferta de ações e serviços de saúde. O serviço civil também deverá oferecer primeiro emprego em saúde para profissionais técnicos em locais de difícil acesso. Os profissionais participantes deverão ser qualificados para a operacionalização e funcionamento do SUS nessas localidades.

A medida envolverá articulação efetiva com o Ministério da Educação, em especial no tocante às alterações que se fazem necessárias nas normas relativas à residência médica. Ao lado disso, deverão ser identificados e adotados mecanismos para a superação das dificuldades na implementação de proposta dessa natureza, tais como o elevado custo financeiro e a interiorização e fixação de profissionais em regiões remotas e de difícil acesso.

Meta	Período
Elaborar e aprovar o projeto de serviço civil profissional em saúde e fixar 1.000 profissionais.	2004-2007

OBJETIVOS

Estabelecer a política nacional de informação em saúde voltada à construção de uma rede de informações qualificadas, capaz de subsidiar e fortalecer os processos de gestão, de comunicação social, de produção e difusão do conhecimento, da organização da atenção à saúde e de controle social, e de promover a elevação da consciência sanitária da população.

Formular e implementar política de comunicação social, buscando ampla divulgação do SUS quanto aos seus princípios, diretrizes e avanços.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

CONSTRUÇÃO DE REDE DE INFORMAÇÕES PARA A GESTÃO DO SUS E A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A disponibilidade, de forma oportuna e com qualidade, de informações relativas à gestão e à atenção à saúde constituirá condição estratégica fundamental para o alcance dos objetivos preconizados. Nesse sentido, além da manutenção dos sistemas de informação de saúde de base nacional e dos serviços de processamento de dados do SUS, a construção e o aperfeiçoamento contínuo da rede de informações serão prioridades, a qual deverá estender-se a todo o Sistema. Tal empreitada envolverá o provimento dos meios tecnológicos necessários, assim como a capacitação dos profissionais da área nas três esferas de gestão do Sistema.

Os processos compreendidos na implementação dessa rede – desde a coleta e o registro, até o tratamento e a disseminação aos públicos que dependem das informações – deverão ser revistos e adequados às necessidades. A integração entre os geradores de dados e informações e os seus aplicadores ou utilizadores constituirá elemento chave, para o que serão criados canais e mecanismos formais que concretizem tal integração.

Considerando a multidisciplinaridade das questões de saúde, especial atenção será conferida ao aprimoramento da Rede Interagencial de Informações em Saúde – RIPSA, implementada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e com a participação de diversas instituições do País relacionadas direta ou indiretamente com os determinantes e condicionantes de saúde. O processo de articulação e integração envolvido com a RIPSA será fortalecido e aperfeiçoado, procedendo-se à ampla divulgação dos produtos por ela gerados ou demandados pelo SUS.

Nesse âmbito, ainda serão envidados esforços na construção, no aprimoramento e na utilização de indicadores sociais e do setor saúde, que permitam avaliar as iniquidades existentes, visando identificar regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, desprotegidos e expostos a riscos, considerando questões de gênero, raça e etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais, para que sejam priorizadas as ações de saúde.

DIFUSÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Nesse contexto, serão enfatizados os serviços do SUS que armazenam, documentam e tornam disponíveis o conhecimento existente em saúde, os quais deverão estar capacitados para atender oportunamente às demandas, bem como para captar e disseminar esse conhecimento aos gestores, gerentes e profissionais de saúde. A disponibilidade de recursos tecnológicos adequados constituirá condição fundamental à atuação dos profissionais. O SUS manterá canal permanente de articulação e apoio mútuo com centros de documentação e bibliotecas nacionais e internacionais.

O resgate e a conservação adequada dos documentos configurarão igualmente medida importante, assim como a edição e a distribuição do conhecimento gerado no âmbito do SUS, contando, para isso, com um conselho editorial funcionando de forma regular.

As iniciativas voltadas à difusão do conhecimento em saúde integrarão a política editorial, a ser implementada em parceria pelas três esferas de governo, a qual deverá garantir a produção, o intercâmbio, a disseminação e a avaliação dos produtos informacionais, com suporte em diversos meios e linguagens, de modo a favorecer, inclusive, o acesso por parte das pessoas portadoras de deficiência.

CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA DA POPULAÇÃO

A construção da consciência sanitária da população configurará medida essencial, visto que a capacidade resolutiva dos problemas e de melhoria da saúde requerem a mobilização e o engajamento das pessoas, quer individual, quer coletivamente. São exemplos as ações de vacinação, as consultas pré-natal e outras. A isso se soma também o bom funcionamento do SUS, cuja participação e controle social são fundamentais, bem como a defesa do acesso a produtos e serviços de saúde de qualidade.

Tal iniciativa demandará processos de educação contínua – como aqueles destinados a mudanças de hábitos e estilos de vida, especialmente os relativos ao consumo consciente de produtos que têm impacto na saúde – e de comunicação social, os quais deverão ser desenvolvidos observando-se a diversidade cultural, regional e social prevalente no País. Para tanto, serão definidas e implementadas estratégias, canais e mecanismos adequados, segundo as necessidades e demandas identificadas, entre as quais incluem-se as campanhas voltadas à promoção da consciência sanitária da população.

Uma estratégia a ser enfocada é a inserção nos currículos, em articulação com os sistemas de ensino, de conceitos e informações de saúde. Particularmente no âmbito do ensino superior, inclusive da área de saúde, a articulação a ser procedida buscará a inclusão de disciplinas de informação e informática em saúde e comunicação social. Para o desenvolvimento das ações voltadas a informar e garantir os direitos à saúde deverá ser estabelecida também parceria com o Ministério Público, os PROCONS, a Ordem dos Advogados do Brasil, os conselhos profissionais, e ouvidorias, entre outros órgãos. Outra estratégia a ser trabalhada será o monitoramento da propaganda e publicidade de medicamentos e produtos para a saúde, para o que deverão ser formalizadas parcerias com universidades, mediante as quais sejam viabilizadas bolsas estudantis e capacitação de alunos multiplicadores, responsáveis pela coleta e análise de material publicitário sobre medicamentos e produtos para a saúde, bem como a elaboração e a distribuição de material didático, incluindo um manual de monitoramento. Ao lado disso, os profissionais de saúde deverão ser capacitados para transmitir e educar, em questões de saúde, a comunidade com a qual atuam.

OBJETIVOS

Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito da saúde, de forma a potencializar e otimizar a aplicação de recursos empregados na prestação de serviços e na aquisição de materiais e insumos, utilizados nos processos desenvolvidos no SUS, visando à qualidade da atenção à população.

Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros despendidos pelo SUS

A implementação dessa diretriz envolverá a construção de processos e de instrumentos específicos que assegurem a continuidade das ações nesse âmbito, de modo a contribuir para a efetividade das ações de saúde e a potencialização dos recursos disponíveis. Dessa forma, mecanismos de monitoramento e avaliação das ações deverão ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e dos municípios, no âmbito do SUS, no que se refere a processos delegados, ao controle e avaliação, à auditoria e à polícia administrativa, bem como à revisão da legislação existente.

Nesse sentido, poderão ser criados novos marcos regulatórios e de legislação, inclusive com a definição de graduação de penalidades para atos e procedimentos em desacordo com os pactos estabelecidos, adotando-se, por exemplo, o Termo de Ajuste de Conduta como instrumento de correção de situações críticas.

Essa construção de processos e instrumentos exigirá intensa articulação e pactuação entre as esferas de gestão do SUS e os Conselhos de Saúde, assim como com órgãos de controle do executivo e de outros poderes (Secretaria Federal de Controle, Ministério Público, Tribunal de Contas da União).

Por se tratar de processo estruturante, especificamente em relação às ações de saúde, deverá ser procedida a sua reordenação, visando a uma melhor direcionalidade e racionalização na utilização dos recursos financeiros, de forma a gerar impacto na qualidade e quantidade dessas ações prestadas à população. Uma das estratégias será o estabelecimento de metodologia de avaliação para as áreas técnicas e de instrumento de avaliação do componente administrativo e financeiro, a serem testados em algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para fins de eventuais ajustes e posterior implantação universal. Além disso, deverá ser mantido o registro nacional de preços de medicamentos e de banco de preços em saúde.

Metas	Período
Estabelecer novos processos de regulação e controle sobre 80% dos recursos transferidos a estados e a municípios.	2004-2007
Promover a economia de recursos financeiros em cerca de 2% ao ano com a racionalização dos gastos.	2004-2007

FORTALECIMENTO DA ATUAÇÃO INTERNACIONAL DO SUS

As iniciativas para tanto deverão viabilizar o fortalecimento da inserção, da autonomia, da solidariedade e da soberania do Brasil, assim como estimular a integração regional em saúde, em especial no âmbito do Mercosul, visando à promoção e à proteção da saúde das respectivas populações. A disseminação de informações acerca do SUS constituirá uma estratégia destinada a contribuir para a melhoria da saúde em termos mundiais e para identificar propostas inovadoras que favoreçam o aperfeiçoamento da ação nacional, em especial no contexto da qualificação dos profissionais do Sistema.

Uma iniciativa igualmente importante será o estímulo à cooperação técnica horizontal entre países, no que se refere ao intercâmbio de tecnologias para produção de medicamentos, preservativos, capacitação dos trabalhadores de saúde, logística, operacionalização e outros conhecimentos necessários ao controle adequado dos principais problemas de saúde da população, entre os quais das DST, HIV/Aids e hepatites crônicas virais.

Ao lado disso, será promovido o fortalecimento da integração e da articulação com os organismos internacionais de saúde, bem como a participação efetiva nos diferentes eventos de intercâmbio de informações e de avaliação e definição de compromissos mútuos em favor da saúde mundial. Nesse particular, o Brasil envidará todos os esforços no cumprimento dos acordos e compromissos internacionais de que é signatário, bem como na ajuda aos países na superação de problemas sanitários e no enfrentamento de calamidades.

4. EM RELAÇÃO AO SETOR SAÚDE

OBJETIVO

Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

Ampliação da cobertura dos serviços de saneamento ambiental

Nesse âmbito, deverão ser promovidas a ampliação e a melhoria dos serviços de saneamento ambiental para as populações urbanas e rurais, nestas incluídas aquelas mais vulneráveis, com destaque para as remanescentes de quilombos, assentados e de reservas extrativistas, visando à redução dos óbitos de menores de um ano de idade, relacionados à falta ou inadequação desses serviços, bem como a ocorrência de internações decorrentes de doenças diarréicas. As medidas serão implementadas em articulação com o Ministério das Cidades e com a Secretaria Especial de Promoção de Políticas da Igualdade Racial, no caso dos quilombolas.

As ações prioritárias de saneamento ambiental serão aquelas voltadas ao abastecimento de água para consumo humano e à implantação de melhorias sanitárias domiciliares, tanto em zonas rurais quanto nas periferias dos grandes centros urbanos. Deverão ser promovidos também o desenvolvimento institucional de operadores públicos de saneamento ambiental em municípios com população superior a 30 mil habitantes e a capacitação de gestores e técnicos em educação em saúde voltada para ações de saneamento.

No tocante ao esgotamento sanitário, as medidas terão como foco a implantação de sistemas envolvendo a coleta, o tratamento e o destino adequado dos dejetos em: (1) municípios com população urbana e rural superior a 30 mil habitantes; (2) municípios com transmissão autóctone de esquistossomose, cólera ou tracoma; (3) municípios com mortalidade proporcional por diarréia em menores de um ano de idade acima da média nacional; e (4) municípios com menor índice de desenvolvimento humano - IDH.

Uma iniciativa importante nesse âmbito consistirá na expansão e na melhoria dos serviços de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas de malária, visando contribuir para seu controle. Paralelamente, deverão ser fomentados estudos e pesquisas na área de engenharia de saúde pública.

Metas	Período
Beneficiar cerca de 6.300 famílias/ano com melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas em áreas endêmicas.	2004-2007
Beneficiar cerca de 1.300 famílias/ano com implantação, ampliação ou melhoria de serviço de saneamento básico em áreas rurais, e em áreas especiais (quilombos, assentamentos e reservas extrativistas).	2004-2007
Beneficiar cerca de 500 comunidades indígenas/ano com ampliação de ações de saneamento básico.	2004-2007
Beneficiar cerca de 75 mil famílias/ano com melhorias sanitárias domiciliares para a prevenção e o controle de agravos.	2004-2007
Promover o desenvolvimento de ações de educação em saúde voltadas para o saneamento ambiental em 100% dos municípios de até 30 mil habitantes.	2004-2007
Beneficiar cerca de 250 mil famílias/ano com a implantação, a ampliação ou a melhoria de sistema público de abastecimento de água para a prevenção e controle de agravos, prioritariamente em municípios de até 30 mil habitantes e em regiões metropolitanas.	2004-2007
Promover em cerca de 500 municípios/ano o controle da qualidade da água para consumo humano.	2004-2007
Beneficiar cerca de 40 mil famílias/ano com obras e serviços de drenagem e manejo ambiental para a prevenção e o controle da malária .	2004-2007
Promover a implantação de 1.200 sistemas de fluoretação da água.	2004-2007
Beneficiar cerca de 180 mil famílias/ano com a implantação, a ampliação ou a melhoria de sistema público de esgotamento sanitário para a prevenção e o controle de agravos, prioritariamente em municípios de até 30 mil habitantes e em regiões metropolitanas.	2004-2007
Promover a sustentabilidade das ações de saneamento mediante apoio a cerca de 200 serviços públicos de saneamento por ano.	2004-2007

DESTINAÇÃO ADEQUADA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS

Uma das iniciativas importantes nesse contexto será o incentivo à redução, à reutilização e à reciclagem de resíduos sólidos urbanos, ao lado da ampliação da cobertura, da eficiência e da eficácia dos serviços de limpeza pública, de coleta, de tratamento e de disposição final. A articulação intersetorial será estratégica nesse âmbito, além da adoção de medidas educativas da população. Ao lado disso, deverá ser promovida a inserção social de catadores, mediante a implementação de ações destinadas a eliminar os lixões e o trabalho infantil.

Metas	Período
Beneficiar cerca de 200 mil famílias/ano com a implantação, a ampliação ou a melhoria do sistema de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos para prevenção e controle de agravos, prioritariamente em municípios com risco de dengue e em regiões metropolitanas.	2004-2007
Atingir cobertura de 100% na fiscalização do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em estabelecimentos novos ou que solicitem reforma ou reestruturação de serviços.	2005-2007
Garantir 100% de fiscalização do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos estabelecimentos a serem inspecionados, objeto do Termo de Ajustes e Metas - TAM.	2005-2007
Capacitar 100% das áreas de vigilância sanitária estaduais para as ações de inspeção na área de resíduos de serviços de saúde	2004-2007

OBJETIVO

Formular e implementar a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, orientada por padrões éticos, buscando a eqüidade e a regionalização, com valorização de tecnologias nacionais.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde

A construção e a implementação dessa agenda deverão constituir uma das prioridades da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Essa agenda será um dos alvos estratégicos da reformulação do papel do Ministério da Saúde no ordenamento do esforço nacional de pesquisa em saúde, objetivando aumentar a capacidade de indução de pesquisas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população.

Tal iniciativa configurará um processo técnico e político que envolverá o conjunto dos atores sociais (gestores da política de saúde, agências de fomento, pesquisadores, setor produtivo, sociedade civil organizada). Deverá considerar as necessidades nacionais e regionais de saúde e ser capaz de aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. A necessidade de estabelecer prioridades de pesquisa para atender à política nacional de saúde não implicará uma visão reducionista quanto ao escopo, à profundidade e ao tipo de pesquisa em saúde. Pelo contrário, haverá pesquisa prioritária em toda a extensão da cadeia do conhecimento relacionada à saúde, desde as abordagens mais básicas até a pesquisa operacional, capaz de avaliar procedimentos, equipamentos, serviços, programas e políticas. Portanto, terá um conteúdo abrangente e pluralista de abordagens teórico-conceituais e metodológicas.

A metodologia estará baseada nas experiências internacionais e nacionais voltadas para esse fim. Como parte da construção da agenda, será definido previamente um conjunto de 21 subagendas de pesquisa (doenças transmissíveis e

não-transmissíveis, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde dos povos indígenas, fatores de risco, epidemiologia, demografia e saúde, sistemas e políticas de saúde, gestão do trabalho e educação em saúde, saúde e ambiente, trabalho e biossegurança, avaliação tecnológica e economia da saúde, alimentação e nutrição, comunicação e informação em saúde, bioética e ética na pesquisa, pesquisa clínica, complexo produtivo da saúde, entre outras). Para cada subagenda, serão identificados temas escolhidos por pesquisadores e gestores da área de saúde e de ciência e tecnologia. Essa subagenda incorporará os resultados produzidos no Projeto Inovação em Saúde do Ministério da Saúde.

Os temas de pesquisa serão submetidos à consulta pública, com o objetivo de ouvir, principalmente, os usuários, os serviços e os trabalhadores do setor saúde, para o aprimoramento e a ampliação dessas prioridades, bem como atender às deliberações da 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004. Dessa forma, as contribuições de todos os segmentos sociais envolvidos no processo de consolidação do SUS serão contempladas na construção da agenda.

Essa agenda nacional orientará o fomento no âmbito do SUS e deverá ser levada em consideração pelas agências de fomento científico e tecnológico, constituindo-se em um dos critérios para aprovação de projetos, tendo em vista sua relevância para os problemas de saúde pública.

Metas	Período
Fomentar cerca de 527 pesquisas e desenvolvimento de insumos estratégicos no complexo produtivo da saúde.	2004-2007
Realizar cinco pesquisas anuais em áreas de conhecimento do interesse da vigilância sanitária, mediante estabelecimento de parcerias de cooperação técnica com centros de pesquisa e universidades brasileiras e estrangeiras e contratação de pesquisadores e consultores.	2004-2007

REGULAÇÃO DA INCORPOERAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A política de Ciência e Tecnologia – C&T e inovação em saúde promoverá também a regulação da incorporação de tecnologias em saúde, tendo em conta o perfil epidemiológico do País. Com relação ao custo/efetividade, definirá mecanismos intersetoriais que avaliem a eficácia, a segurança e a eficiência no uso de novos processos e produtos. Nesse contexto, ainda serão consideradas as possibilidades de manutenção e reposição de equipamentos, além da regionalização da oferta de tecnologia, em especial a de maior complexidade.

Na conformidade das recomendações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, as seguintes estratégias para aprimoramento da capacidade regulatória do Estado deverão ser implementadas a:

1 - estruturação de uma política de avaliação de tecnologias em saúde, envolvendo as três esferas de governo, para subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos, na qual deverá ser proposta a realização, por intermédio, por exemplo, dos hospitais de ensino, de avaliação da incorporação de novas tecnologias na assistência à saúde, levando em conta o custo-efetividade e a pertinência social; e

2 - promoção da identificação, em todos os âmbitos do sistema de saúde, das necessidades de aquisição e incorporação de tecnologias e equipamentos e elaboração de um plano de incorporação de tecnologias e de pesquisas regionais para avaliação do impacto social, ambiental e sobre a saúde decorrente do uso dessas tecnologias.

FOMENTO AO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

O desenvolvimento tecnológico em saúde constituirá, igualmente, uma prioridade a ser estimulada e apoiada no âmbito das inovações tecnológicas. Merecerão destaque aquelas relacionadas a fármacos, medicamentos, imunobiológicos e fitoterápicos. Para tanto, deverão ser promovidas a modernização e o incremento/ampliação das unidades públicas de produção, assim como a capacitação tecnológica dos profissionais. Serão objeto de atenção também o fomento à pesquisa e o desenvolvimento de insumos estratégicos no complexo produtivo da saúde.

O fomento ao complexo produtivo da saúde adotará como estratégias fundamentais: (1) parcerias entre os laboratórios públicos produtores de vacinas, com a definição de nichos de especialização entre eles; (2) modernização organizacional, gerencial e da estrutura jurídico-institucional desses laboratórios; (3) capacitação de pessoal estratégico; (4) certificação nacional e internacional das fábricas segundo os princípios de biossegurança exigidos; (5) apoio à indústria nacional do complexo produtivo da saúde, inclusive o financiamento de projetos de pesquisa e desenvolvimento; e (6) garantia de compra – e outros incentivos – e o fortalecimento da capacidade de realização de ensaios clínicos – plataforma brasileira para ensaios clínicos –, da capacidade produtiva e da capacidade regulatória do Estado e da proteção à propriedade intelectual.

Metas	Período
Realizar, anualmente, por intermédio dos centros de pesquisas da gestão federal do SUS, cerca de 1.500 pesquisas e desenvolvimento de inovações tecnológicas em diferentes campos (clínica e biomédica, medicina tropical, meio ambiente, saúde pública, história da saúde etc.).	2004-2007
Promover a estruturação de cerca de 28 núcleos regionais de ciência, tecnologia e economia da saúde.	2004-2007

OBJETIVO

Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando à proteção da saúde da população.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes

A intensificação das ações de regulação constituirá medida fundamental para responder às novas exigências sociais e políticas, geradas com a expansão do mercado de consumo e da consequente diversificação dos produtos e serviços ofertados pelos setores produtivos. Essa intensificação terá como foco o aprimoramento dos processos produtivos e do controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos como estratégia de proteção à saúde da população, bem como o estímulo ao consumo consciente.

Nesse sentido, deverá ser promovido o controle sanitário da produção, da extração, do armazenamento, do transporte, da distribuição, do manuseio e a monitoração da qualidade de produtos e da prestação de serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes e dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Em relação a produtos, tal controle incluirá a manipulação dos insumos e das práticas adequadas em processos produtivos, na embalagem, no armazenamento, na distribuição e na conservação e, ainda, na notificação de eventos adversos.

No tocante a serviços de interesse da saúde, o controle sanitário estimulará e evidenciará a gestão de riscos sanitários nas instituições públicas e privadas, tendo como objetivo final evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas, dos processos de trabalho e do gerenciamento dos riscos na prestação de serviços.

A vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras será realizada mediante parceria com os estados e/ou municípios respectivos, e estará baseada nas normas nacionais relativas ao controle de produtos, serviços, viajantes, meios de transporte e ambientes de interesse em saúde pública. Além dessas, a vigilância nesse contexto será apoiada nos regulamentos internacionais, incluindo aqueles destinados a evitar a introdução no País de doenças e agravos.

Ao lado disso, deverá ser promovida a capacitação dos profissionais em vigilância sanitária, bem como realizadas campanhas de comunicação social com o objetivo de orientar a população sobre o consumo de produtos de interesse da saúde (medicamentos, alimentos etc.). Em relação à gestão, uma medida importante será a rediscussão das responsabilidades dos gestores municipais, com vistas a assegurar o efetivo cumprimento dos pactos na construção de uma nova relação entre as esferas de Governo para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, que não se reduzam a uma unicidade do modelo de descentralização ou da utilização da classificação das ações por nível de complexidade, que não reflete as heterogeneidades e as especificidades locais.

Quanto à segurança transfusional e à qualidade do sangue, as medidas priorizarão a atenção aos portadores de coagulopatias, hemoglobinopatias e outras patologias hematológicas. Deverão também ser estruturadas unidades de hematologia e hemoterapia, organizada a rede nacional de informação em sangue e hemoderivados, fomentadas ações relativas à certificação da qualidade dos serviços de hemoterapia, como o aperfeiçoamento da metodologia de triagem laboratorial do sangue coletado e a ampliação do controle de qualidade externo dos testes laboratoriais em imuno-hematologia e sorologia, além da capacitação dos profissionais que atuam nesses serviços, visando garantir a qualidade do sangue e a segurança transfusional.

Metas	Período
Realizar cerca de 27 mil inspeções/ano relativas a produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária (medicamentos e produtos para a saúde, alimentos, cosméticos e saneantes domissanitários).	2004-2007
Realizar a análise técnico-laboratorial da qualidade de cerca de 5,4 mil produtos/ano ofertados para o consumo da população.	2004-2007
Realizar inspeção sanitária anual em cerca de 7 mil serviços de saúde.	2004-2007
Realizar cerca de 3,3 milhões de fiscalizações no âmbito da vigilância sanitária em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.	2004-2007
Implementar as câmaras setoriais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, previstas em seu regulamento.	2004-2007

OBJETIVO

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando e fiscalizando as operadoras do setor, bem como as suas relações com prestadores, trabalhadores e usuários, em articulação e integração com o SUS.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

DEFESA DO INTERESSE PÚBLICO NA ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE

As iniciativas nesse contexto buscarão, em especial, promover a articulação e a integração da assistência suplementar de saúde com as áreas que compõem o SUS, ampliando e consolidando a regulação e a fiscalização das operadoras de planos de saúde e de suas relações com prestadores, profissionais e usuários. Tais iniciativas visarão, em especial, garantir a qualidade da assistência à saúde e efetivar o sistema de resarcimento ao componente público do SUS pelas operadoras de planos de saúde.

Nesse sentido, destacam-se como estratégias importantes:

1 - a ampliação da abrangência da regulação e a consolidação do papel da ANS em relação ao setor de saúde suplementar, por intermédio da promoção de ações e incentivo à integração do setor de saúde suplementar ao setor público

de saúde, garantindo a qualidade da atenção à saúde dos usuários e a consolidação do SUS;

2 - a concessão de registro definitivo às operadoras de saúde suplementar e aos produtos ofertados aos consumidores, requerendo, entre outros, a adoção de contabilidade padrão, a constituição de reservas financeiras e a dos produtos do cumprimento dos requisitos assistenciais e de viabilidade econômico-financeira;

3 - a promoção de ações de incentivo e fomento à incorporação, por parte do setor de saúde suplementar, da perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, visando à qualidade da atenção e à saúde de seus usuários;

4 - a implementação do incentivo à adaptação de contratos antigos, decorrente da MP nº 148/2003 e da Resolução Normativa da ANS nº 64/2003, que deverá possibilitar a apresentação aos consumidores, por parte das operadoras, de propostas para essa adaptação, relativas aos contratos comercializados até dezembro de 1998, possibilitando assim que 22,5 milhões de pessoas, ainda nesta situação, possam desfrutar dos benefícios e da cobertura médico-hospitalar ampla, que é assegurada pela Lei nº 9.656/98;

5 - o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle da qualidade e da cobertura da assistência à saúde, prestados pelos serviços de saúde, no âmbito do setor de saúde suplementar;

6 - o aperfeiçoamento dos mecanismos e instrumentos que favoreçam o acesso facilitado aos integrantes do setor de saúde suplementar – usuários, operadoras e prestadores – a informações e serviços da ANS; e

7 - o aprimoramento do marco legal relativo ao resarcimento – ao componente público do SUS – pelos serviços prestados aos usuários de planos de assistência suplementar à saúde, previsto pela Lei nº 9.656/98, corrigindo a ainda reduzida arrecadação. Para tanto, serão implementados mecanismos que viabilizem a correta identificação dos usuários de planos de saúde e que sejam capazes de superar as diversas possibilidades de impugnação do pagamento previstas na legislação do setor.

Deverá ser promovido também o aperfeiçoamento dos demais instrumentos legais, de modo a garantir a estabilidade do marco regulatório do setor de saúde suplementar, bem como assegurar o acesso às informações e aos serviços da ANS.

A implementação de ações com vistas à identificação única do usuário vinculado ao setor de saúde suplementar, baseada principalmente no Cartão Nacional de Saúde ou no Número de Identificação Social, permitirá o dimensionamento adequado do setor e o acompanhamento do perfil do usuário.

Metas	Período
Promover a migração de 50% de usuários de planos de saúde, com contratos firmados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, para o ambiente regulatório previsto nesta norma legal.	2004-2007
Conceder o registro definitivo a 100% das operadoras de saúde suplementar e a 100% dos produtos ofertados no mercado de saúde suplementar.	2004-2007
Identificar 100% dos usuários dos planos de saúde por intermédio do Cartão Nacional de Saúde.	2004-2007
Aperfeiçoar os mecanismos de resarcimento ao SUS, ampliando em 50% a arrecadação pelo atendimento de usuários de planos de saúde.	2004-2007

5. EM RELAÇÃO AO INVESTIMENTO EM SAÚDE

OBJETIVO

Gerir a política nacional de investimento em saúde, articulando a política social à política industrial e tecnológica, buscando promover a autonomia do País na produção dos insumos estratégicos.

DIRETRIZ

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE PLANO NACIONAL DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Na elaboração desse Plano, será considerado como investimentos em saúde toda aplicação de recursos, próprios ou de terceiros, que contribua para aumentar o estoque de capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizada na melhoria da qualidade de vida da população. Tal estoque de capacidade inclui não somente o capital físico, mas também a força de trabalho.

Nesse sentido, constituirá o principal objetivo do investimento assegurar universalidade, eqüidade, integralidade e qualidade da atenção à saúde da população, mediante a reformulação da estruturação e organização dos serviços. A regionalização do SUS será fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Definidas as prioridades de investimentos e avaliando o funcionamento do SUS, o Ministério da Saúde desenvolverá a Política da Qualificação da Atenção à Saúde no SUS - QUALISUS, voltada a fortalecer e imprimir qualidade ao Sistema, tendo como alvo principal os macro-objetivos da saúde e o fortalecimento do SUS, assumindo o seu desenvolvimento e as suas ações de forma integrada.

Para tanto, serão estabelecidos os parâmetros de alocação dos recursos de investimentos, que constituirão elemento central do plano de investimentos capaz de contribuir para o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde no País. Nesse Plano, três itens serão fundamentais:

1) a distribuição do montante de recursos disponíveis por região, unidade da Federação e municípios, de forma a promover a redução das desigualdades regionais;

2) o estabelecimento de critérios de seleção, priorização e aprovação de projetos pontuais que (1) ampliem a oferta dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade de modo a garantir maior cobertura assistencial à população abrangida; (2) aumentem a resolutibilidade e a cobertura de serviços buscando impactar diretamente na reorganização da rede de serviços do SUS, no âmbito municipal, estadual, regional e nacional; e (3) promovam modificações na reorganização do SUS objetivando impactar positivamente na melhoria da saúde da população; e

3) a coordenação da ação de saúde de forma integrada, sem a qual a eficiência e a eficácia da ação social estarão comprometidas, assim como o desenvolvimento do setor.

No estabelecimento de critérios de alocação de recursos de investimentos por região/unidade da Federação, deverá ser levada em conta a experiência acumulada, que tem indicado a necessidade de predestinação de recursos dos fundos

disponíveis para investimento, estabelecendo-se um limite máximo inicial para cada região e para as UF. Esse limite deverá atender a critérios de alocação per capita e outros que avaliem o perfil epidemiológico das regiões, a existência ou não da infra-estrutura instalada, a sustentabilidade do investimento.

Entretanto, será fundamental que a formulação do plano de investimento seja capaz de prever mecanismos que permitam a implementação de um processo de avaliação dos resultados e impactos na população e na rede de serviços de saúde, verificados por meio de indicadores assistenciais e epidemiológicos e do nível de saúde da população, assim como indicadores de responsabilidade social do investimento.

No tocante a critérios e parâmetros para análise e aprovação de projetos pontuais, como referido, a correta direcionalidade dos recursos de investimentos no setor saúde estará condicionada aos critérios e métodos de seleção, priorização e aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde (locais, regionais e estaduais). Outrossim, deverão ser harmonizados os critérios de análise das propostas, de modo a manter o processo de priorização e seleção de projetos, por parte das diversas instâncias decisórias do SUS, o mais homogêneo e transparente possível.

Constituirão critérios básicos de análise e aprovação de projetos:

1) a pertinência com as políticas de saúde nacionais, estaduais e municipais, com destaque para os planos diretores de regionalização e investimentos de forma a garantir a inserção harmônica na rede de serviços de atenção à saúde;

2) a coerência com os objetivos e estratégias do plano nacional de investimentos para o setor saúde ou plano de investimento específico;

3) a necessidade comprovada e fundamentada por indicadores que expressem os problemas reais da área de abrangência;

4) a eficácia dos resultados previstos, analisando-se a coerência das soluções propostas com os problemas identificados, demonstradas por meio da fixação de objetivos e metas assistenciais que possam ser comprovadas por intermédio de indicadores;

5) a demonstração de factibilidade, sustentabilidade e garantia de padrões de qualidade, devendo ser apresentadas garantias de recursos financeiros e humanos necessários para a manutenção e a continuidade das ações e serviços a serem oferecidos com padrões de qualidade aceitáveis, após a conclusão dos investimentos; e

6) a estruturação de propostas e projetos de investimentos que garantam a implementação de processos de monitoramento e das ações e serviços a serem revertidos para a população assistida, incluindo-se as dimensões de processo, resultado e impacto dos investimentos. Assim, deverão constar da proposta informações e dados sobre a situação anterior ao investimento – denominadas linhas de base –, que servirão de parâmetro para análise dos resultados.

Quanto aos critérios e parâmetros para avaliação de resultado e impacto, será considerado que cada investimento realizado em infra-estrutura física e tecnológica ou em capacitação de recursos humanos pressupõe uma modificação no complexo produtivo da saúde, quer na capacidade instalada quer no desempenho técnico-gerencial. Dessa forma, a avaliação dos resultados dos investimentos em saúde e da efetividade de seus impactos deverão abordar as três dimensões descritas a seguir:

1) avaliação dos resultados dos investimentos em cada unidade de saúde contemplada, com o intuito de verificar o impacto da ação sobre o desempenho das unidades beneficiadas, em face dos objetivos e metas propostas. Seus resultados constituirão insumos relevantes para a segunda dimensão da avaliação proposta;

2) avaliação da contribuição dos investimentos no fortalecimento e na reorganização do SUS na esfera estadual, regional e municipal. As instituições de saúde, ao implementarem novas tecnologias ou mesmo ao propiciarem o aumento da oferta quantitativa de serviços, deverão alterar a dinâmica dos serviços que compõem os sistemas locais, estaduais e regionais de saúde; e

3) avaliação dos resultados e impactos dos investimentos na implementação das políticas de saúde. Nesse enfoque, deverão ser priorizadas as áreas de atenção à saúde consideradas significativas do ponto de vista de concentração de investimentos realizados e de relevância para o desenvolvimento das políticas de saúde local, regional, estadual e nacional.

IV - GESTÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A gestão, o monitoramento e a avaliação deste Plano Nacional de Saúde serão pautados nas orientações gerais a seguir apresentadas e visarão, essencialmente, viabilizar o alcance de seus objetivos e o cumprimento de suas diretrizes e metas. As ações referentes a esse processo estarão apoiadas em informações técnicas e operacionais sistematizadas para este fim, em consonância com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, sob a liderança do Datasus - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

A perspectiva é de que tal processo permita o constante aperfeiçoamento do Plano, cuja tarefa inicial envolverá duas vertentes de trabalho. A primeira consistirá na pactuação com os gestores, sobretudo em relação às metas nacionais propostas, concretizando assim a convergência e o compartilhamento de responsabilidades e iniciativas de âmbito federal, estadual e municipal, de modo a obterem-se os resultados previstos e evitar-se a pulverização de esforços e recursos investidos, o que inviabiliza, inclusive, a própria mensuração dos resultados.

Essa pactuação ocorrerá no âmbito de cada estado, com a participação de gestores estaduais, municipais e nacional, configurando-se como um dos insumos importantes de discussão e negociação o resultado da oficina macrorregional, realizada em Brasília, em julho de 2004, na qual os representantes das três esferas de gestão do SUS identificaram as prioridades do Plano segundo as respectivas realidades e necessidades.

A segunda vertente estará representada por um estudo voltado, em particular, para a sistematização das metas do PNS, com vistas a responder à necessidade de informações para a gestão do Plano. Trata-se de identificar eixos prioritários de convergência e necessidades de articulação intra e intersetorial para superar fatores condicionantes de desigualdades geográficas e socioeconômicas, merecedoras de estratégias diferenciadas de intervenção. Uma das bases para isso serão os pactos estabelecidos entre os gestores, objeto da primeira vertente acima apresentada.

Tal pressuposto tem em conta que as ações decorrentes do PNS devem ter impacto local, para que possam ter efeitos importantes nos níveis regional e nacional, de que é exemplo a mortalidade infantil. A partir desse estudo aprofundado do conteúdo do PNS, como delineado anteriormente, serão desenvolvidos os processos de monitoramento e de avaliação do Plano Nacional, inclusive a definição dos indicadores a serem utilizados e das formas de obtê-los.

EM RELAÇÃO À GESTÃO

O processo de gestão do PNS enfatizará a coordenação no âmbito do MS e a articulação intersetorial, como estratégias centrais para que as ações descentralizadas possam ter coerência e consistência em relação aos objetivos traçados. A adoção de tais estratégias tem por objetivo legitimar a implementação do Plano junto às outras esferas do SUS e angariar o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

No Ministério da Saúde, e do ponto de vista organizacional, a gestão do PNS será exercida por uma Coordenação-Executiva, vinculada ao Secretário-Executivo do MS, a qual cuidará dos aspectos tático-operacionais inerentes à implementação, a serem traduzidos em programas e/ou projetos. Essa Coordenação será incumbida de manter a imprescindível unidade tática em todo o processo, a ser assegurada pela atuação de comitês interorgânicos, responsáveis por acompanhar o cumprimento de metas comuns. A Coordenação-Executiva será apoiada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA, valendo-se de sua experiência consolidada na operação de comitês técnicos interinstitucionais.

Para tanto, a RIPSA constituirá o Comitê Temático Interdisciplinar de Informação para a Gestão do Plano Nacional de Saúde – CTI-PNS-RIPSA, cujo objetivo será desenvolver modelos e instrumentos para o monitoramento e a avaliação do PNS, com vistas a subsidiar a sua gestão. A tarefa inicial do CTI-PNS-RIPSA será a realização do estudo referido anteriormente e, em seguida, a identificação e o desenvolvimento de: (1) indicadores com informação disponível; (2) modelos e métodos de construção de novos indicadores; e (3) modelos de análise e avaliação de dados e informações, identificando redes de apoio para a sua concepção.

EM RELAÇÃO AO MONITORAMENTO

As ações de monitoramento requerem a disponibilidade de informações essenciais, perfeitamente definidas, sistematicamente coletadas e analisadas. O processo de construção dessa base de informações, em cada esfera de gestão, será desenvolvido identificando as inter-relações dos objetivos do Plano e os nós críticos para o seu alcance.

Deve ser delimitado, com clareza, um nicho nacional do Plano, que caracterize a responsabilidade própria da autoridade federal. Para acompanhar o cumprimento dessas prioridades, devem ser identificados os seus nós críticos, em função dos quais será selecionado um conjunto básico de indicadores, a serem monitorados e avaliados.

Cada indicador precisa estar devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, para que possa ser perfeitamente compreendido em todas as esferas envolvidas.

O monitoramento do Plano também exigirá, por parte do Ministério da Saúde, um esforço de cooperação técnica integrada, utilizando equipes incumbidas de apoiar o desenvolvimento das ações descentralizadas.

EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO

A avaliação do PNS contemplará, entre outros, a análise dos seguintes aspectos: (1) o contexto político, demográfico, social e econômico em que se processa a implementação do Plano; (2) a evolução das condições de vida e do estado de saúde da população; e (3) a resposta social organizada às questões de saúde.

A análise deverá ser realizada a partir dos indicadores que foram selecionados, além de outras informações, resultantes de estudos, inquéritos, investigações e de pesquisa bibliográfica, e estará direcionada para: (1) identificar desigualdades nas condições de saúde e no acesso a ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas; (2) verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos, sobre as condições de saúde; e (3) indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social, tecnológico etc.

A análise sistemática dos dados e informações disponíveis, adequadamente elaborada e apresentada, constituirá elemento fundamental não apenas para instrumentalizar as instâncias de decisão, mas também para promover a melhoria contínua da qualidade da informação. O uso das informações pelos gestores deverá configurar um aspecto essencial na melhoria das informações já existentes e para o suprimento de novas necessidades de informação.

Em função das metas traçadas e dos indicadores identificados para o seu acompanhamento, serão analisadas, de forma abrangente, as necessidades de informação em saúde no Brasil para planejar os investimentos a serem feitos nessa área. Por mais que sejam aperfeiçoados, os sistemas de registro contínuo não esgotarão as necessidades de informação. Os inquéritos de base populacional, periódicos e conjunturais, são importantíssimos em um país com as dimensões do Brasil e com os problemas estruturais existentes para a coleta regular de dados no nível local.

Há no Brasil uma grande profusão de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do governo, sobretudo o IBGE. Apesar de amplamente disponíveis por via eletrônica, o processo decisório pouco tem se valido dessas informações, pela falta de iniciativas que visem: (1) estruturar a elaboração sistemática de análises conjunturais e de tendências, articuladas intra e intersetorialmente, voltadas para as necessidades da gestão; (2) racionalizar os sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde, potencializando o uso dos dados já disponíveis; (3) profissionalizar o gerenciamento municipal dos sistemas de informação, melhorando sua cobertura e qualidade; e (4) aproveitar melhor os dados disponíveis de outras fontes que não as da saúde.

O fortalecimento de parcerias extra-setoriais deverá, assim, assumir especial importância. Entre essas parcerias, destacam-se o IBGE, como instituição responsável pelo sistema estatístico nacional e pela realização de censos demográficos e pesquisas nacionais, de base populacional e outras, e o IPEA, como instituição federal especializada na realização de análises executivas sobre políticas sociais, inclusive de saúde. Considerando as múltiplas demandas do SUS ao IBGE, que ocorrem diretamente a partir de inúmeros interlocutores, serão concentrados esforços voltados a consolidar e racionalizar essas demandas, para conferir-lhes caráter político e institucional. Nesse sentido, a Secretaria-Executiva, por intermédio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, promoverá processo regular de elaboração de análises para a gestão do SUS, apoiada nas análises de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A produção regular de informes estruturados sobre as condições de saúde no Brasil, abordando todos os aspectos de interesse para a saúde da população, deverá configurar iniciativa relevante para desenvolver e consolidar, ao longo do tempo, um entendimento comum sobre o tema, por parte dos gestores, dos profissionais de saúde, das instituições de ensino e pesquisa, dos legisladores, dos responsáveis pelo controle social etc. Tal iniciativa servirá como eixo estruturante para subsidiar o aperfeiçoamento do SUS em todos as suas esferas de gestão.

A oferta sistematizada de dados e informações sobre os variados aspectos de interesse para a compreensão do quadro sanitário brasileiro será também essencial para atender, adequadamente, aos compromissos assumidos pelo

Governo no âmbito de organizações internacionais. Nesse contexto, destaca-se a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, no cumprimento de seu mandato institucional de documentar os avanços realizados pelos países membros, no atendimento às necessidades de saúde da população do continente.