



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.607, DE 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 nº 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, resolve:

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

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

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

Art. 2º 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. 3º 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. 4º 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 nº 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 § 1º 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 nº 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 4º). Igualmente, o Decreto nº 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 nº 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 configuram 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 conseqüência 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 equidade 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, equidade, 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 equidade 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 crônico-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 conseqüente 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 frequência, 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 conseqüente satisfação da população. Assim, devem-se equacionar os seguintes problemas: (1) estrutura física e tecnológica: prontos-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 acidental, 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, compoem 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 108ª posição, em contraponto ao da população branca, que ocupa a 49ª (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 compreendem 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 gastrointestinais 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, conseqüência 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/estatísticas>), 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 diarreias 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 frequência 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 frequente 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 saudáveis. 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 frequência 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, reivindicam 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 resolubilidade 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-Farmacológica - 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 conseqüências, 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 além 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 infraestrutura 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 Agência 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) ressarcimento 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 ressarcimento 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 ressarcimento, 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 equidade 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, conseqüentemente, 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 resolubilidade, 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 equipes	2004-

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 equidade 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 congregarem 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	2004-

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 - APM, 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, hospitais-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 racionalidades 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 traumatologia-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 traumatologia-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 frequência, 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