

Ministério da Saúde  
Secretaria de Políticas de Saúde

# **Relatório de Gestão 2000 – 2002**

Brasília, dezembro de 2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Políticas de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, andar, 7.º andar, sala 705

CÉP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2248 / 315 2224

Fax: (61) 226 0063

**Barjas Negri**

Ministro de Estado da Saúde

**Silvandra Paiva Fernandes**

Chefe de Gabinete

**Cláudio Duarte da Fonseca**

Secretário de Políticas de Saúde

**Lourdes Lemos Almeida**

Chefe de Gabinete

**Heloiza Machado de Souza**

Diretora do Departamento de Atenção Básica

**Tânia Di Giácomo do Lago**

Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

**Beatriz Helena Carvalho Tess**

Diretora do Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde

**Denise Costa Coitinho**

Diretora Técnica da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

**Elias Rassi Neto**

Diretor Técnico da Coordenação-Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas

**Paulo Henrique D'Angelo Seixas**

Diretor Técnico da Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos

**Equipe de Elaboração:**

Concepção, organização e coordenação: **Cláudio Duarte da Fonseca**

Revisão e edição: **Aristel Gomes Bordini Fagundes, Adailton Amaral Barbosa Leite e Dorian Vaz.**

Editoração gráfica: **K&R Artes Gráficas e Editora LTDA.**

Equipe de sistematização: **Elias Rassi Neto, Heloiza Machado de Souza, Denise Costa Coitinho, Beatriz Helena Carvalho Tess e Lourdes Lemos Almeida**

Agradecimentos: **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Ana Paula Menezes Soter, Maria Rita Coelho Dantas, Ivan Batista Coelho**

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde.

Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002 / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

220 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0638-X

1. Políticas de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série.

NLM WA 30

Catálogo na fonte – Editora MS

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	05
<b>II. ANÁLISE E PERSPECTIVAS</b> .....	09
<b>III. RESULTADOS</b> .....	23
<b>A) Organização, expansão e desenvolvimento da atenção básica de saúde</b>	
1. Saúde da Família .....	25
2. Interiorização do Trabalho em Saúde .....	57
3. Assistência Farmacêutica Básica .....	67
4. Saúde Bucal .....	81
<b>B) Prevenção e controle de doenças e agravos</b>	
1. Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus .....	89
2. Eliminação da Hanseníase .....	99
3. Controle da Tuberculose .....	105
4. Prevenção e Controle de DST/Aids .....	119
5. Hepatites Virais .....	137
6. Saúde do Trabalhador .....	143
7. Saúde no Sistema Penitenciário .....	147
<b>C) Promoção e proteção da saúde segundo ciclos de vida</b>	
1. Saúde da Criança .....	153
2. Saúde do Adolescente e do Jovem .....	167
3. Saúde da Mulher .....	173
<b>D) Implementação e acompanhamento da Política de Alimentação Saudável e Recuperação Nutricional</b> .....	179
<b>E) Promoção da Saúde</b> .....	193
<b>F) Formulação, apoio e acompanhamento de políticas de recursos humanos</b> .....	199
<b>G) Organização e promoção da ciência e tecnologia em saúde</b> .....	215
<b>H) Informação, avaliação e gestão descentralizada de políticas</b> .....	223



# I. INTRODUÇÃO



# I. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Gestão da Secretaria de Políticas de Saúde - SPS - foi elaborado com o objetivo de registrar e tornar acessíveis aos segmentos envolvidos direta ou indiretamente com o seu campo de atuação as ações desenvolvidas e resultados alcançados, em especial de 2000 a 2002. Nesse período, a SPS assumiu novos desafios, entre os quais cabe destacar a materialização do Departamento de Atenção Básica e a inserção dentro dele do Programa de Saúde da Família (PSF). Tal mudança buscou institucionalizar a prioridade da atenção básica no âmbito do Ministério da Saúde e conferir ao PSF as condições para transformá-lo em eixo de reorientação do modelo de atenção praticado no País. Neste documento, é apresentada também uma breve avaliação do conjunto dos resultados obtidos, inclusive no que tange a fatores favoráveis e limitantes, e uma análise prospectiva dos desafios identificados no atual momento.

Criada em 1997, à Secretaria de Políticas de Saúde foi atribuída a responsabilidade de promover a formulação e avaliação de políticas de saúde; coordenar a implementação das políticas de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde; e coordenar e implementar a Rede Interagencial de Informações em Saúde (Ripsa).

Os resultados obtidos, a experiência e o processo de aprendizagem acumulado, a despeito do tempo relativamente curto desde a sua criação, impulsionaram ajustes na estrutura administrativa, nas competências e no desempenho da SPS, que ampliaram muito o seu campo de abrangência e a sua forma de atuação, dotando-a de condições para as intervenções necessárias de modo a contribuir efetivamente para a resolubilidade do SUS e a melhoria do quadro sanitário do País.

São exemplos relevantes dessa nova conformação mencionada a implementação de políticas estratégicas, como a de saúde da criança, adolescente e jovem, da mulher e do trabalhador, bem como da prevenção e controle de doenças, como aquelas no âmbito da pneumologia e da dermatologia sanitárias. Ao lado das políticas estratégicas, vale citar a formulação e implantação do Projeto Promoção da Saúde, que busca permear as demais ações desenvolvidas pela Secretaria.

É importante assinalar que tais ajustes decorrem em especial dos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde, no período em foco, voltados à intensificação de ações capazes de alavancar a transformação do modelo de atenção prevalente - historicamente centrado na assistência médico-hospitalar - em um outro cujo objetivo essencial seja a qualidade de vida. Para tanto, o Ministério procedeu o reordenamento

de suas atividades, tendo como linha mestra a descentralização da gestão do SUS, uma realidade em praticamente a totalidade dos municípios.

Nesse âmbito em particular, o desafio é grande, visto que essa transformação significa conviver com dois modelos que vão se incorporando à medida que o Sistema for capaz de atender, com qualidade e capacidade resolutiva, as demandas sentidas e espontâneas da população, ao mesmo tempo em que introduz e consolida novas práticas e linhas de atuação em seu interior.

Essa empreitada requer a identificação e o enfrentamento de inúmeros e diversificados fatores, que compreendem desde a melhoria dos níveis de saúde propriamente ditos, que devem se refletir nos indicadores gerais e específicos, até questões estratégicas, de que são exemplos a organização e qualificação da gestão nas diferentes esferas, a formação e capacitação contínua dos profissionais de saúde, além da própria cultura da população, na perspectiva da adoção de estilos de vida - individuais e coletivos - favoráveis à saúde.

Atualmente, a SPS conta com uma estrutura organizacional que compreende os Departamentos de Atenção Básica, de Ações Programáticas Estratégicas e de Ciência e Tecnologia em Saúde, bem como as Coordenações Gerais da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, da Política de Recursos Humanos e de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas, instâncias estas que coordenam e acompanham a implementação de um conjunto grande de políticas, planos, programas e projetos.

As ações decorrentes das políticas, planos, programas e projetos da SPS, em especial no período de 2000-2002, são apresentadas neste Relatório de Gestão que está estruturado em duas grandes partes. Na primeira, há uma análise geral do conjunto de resultados verificados e uma síntese dos desafios e perspectivas que se apresentam à SPS hoje. A outra parte contempla os resultados alcançados pelas diferentes políticas, planos e projetos, acompanhados da descrição das principais atividades realizadas, inclusive do processo de trabalho desenvolvido, neste compreendidos os atores participantes e a metodologia adotada.

## **II. ANÁLISE E PERSPECTIVAS**



## II. ANÁLISE E PERSPECTIVAS

O processo de descentralização da gestão e da organização dos serviços e ações de saúde vem se dando de forma segura, pactuada, com forte envolvimento político e técnico de todos os níveis de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e incorporando decisivamente o controle social, via Conselhos de Saúde. A descentralização está possibilitando a organização mais objetiva dos sistemas locais de saúde, aproximando as práticas de saúde da realidade social e epidemiológica da população e, em conseqüência, levando ao desenvolvimento de ações mais integrais.

A ampliação da capacidade de financiamento e de regulação do Estado sobre os vários componentes do sistema nacional de saúde contribuiu para a ampliação do acesso, reduzindo as iniquidades, melhorando a infra-estrutura e aperfeiçoando a gestão.

O SUS passou a ter uma agenda mais estruturada. Uma série de iniciativas foram desenvolvidas contribuindo para tornar mais claro e mais rico o processo de reforma sanitária em curso, recuperando e dando mais visibilidade a algumas bandeiras históricas do movimento sanitário, tais como:

- a incorporação de novos critérios para o repasse dos recursos aos níveis subnacionais;
- o início da estruturação de uma política de assistência farmacêutica;
- o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- a ampliação dos mecanismos de repasse fundo a fundo, com a expansão da modalidade de orçamento globais;
- a adoção de novas formas de financiamento por programa/atividade específico;
- o controle e regulação dos planos de saúde;
- a reestruturação radical do modelo de organização da vigilância sanitária;
- a emergência na agenda, da questão dos recursos humanos, em parte decorrente da pressão existente devido à incorporação de milhares de novos trabalhadores, da ampliação do volume de recursos e do peso desse componente na estrutura de gastos dos gestores, principalmente no nível local;
- a realocação da atenção primária como prioridade e com possibilidade concreta de promover a melhoria do acesso e da capacidade resolutiva das ações de saúde no primeiro nível de atenção, fazendo do princípio da responsabilidade sanitária uma questão concreta, tarefa que tem no Programa de Saúde da Família (PSF) seu principal condutor, sendo hoje uma realidade na grande maioria dos municípios de pequeno, médio e, mais recentemente, de grande porte.

O Sistema também foi capaz de produzir melhorias importantes não só nas

coberturas assistenciais, mas também em alguns indicadores de saúde. Registrou-se redução importante das taxas de mortalidade infantil; queda das taxas de mortalidade e de incidência pelo HIV/aids; diminuição da incidência de várias doenças transmissíveis imunopreveníveis ou não, como no caso da malária e da hanseníase; melhoria da atenção ao pré-natal, diminuição das taxas de cesárea e redução da mortalidade materna nas internações ocorridas no SUS; queda das internações por diarreia e pneumonia; melhoria dos índices de aleitamento materno.

A ampliação do acesso, as inovações na forma e nas modalidades de atenção - principalmente em nível local - e a capacidade de resposta aos desafios concretos do dia a dia possibilitaram ao SUS uma importante recuperação da imagem do setor público de saúde, da confiança e da aceitação política pelos principais setores da sociedade.

Uma maior visibilidade do Sistema tem fortalecido os gestores políticos nos três níveis de governo para a tarefa de garantir novos recursos, visando promover mudanças gerenciais, e desenvolvendo a gestão das políticas com maior continuidade técnica e política.

A agenda da reforma sanitária foi colocada como exemplo das mudanças mais gerais das políticas públicas ocorridas nos últimos anos na sociedade brasileira. Essa é uma conquista técnica e política, mas fundamentalmente social, à medida em que contribui para que o Estado amplie o seu papel como agente social, elemento chave para uma melhor distribuição de renda e alcance da cidadania plena e da justiça social.

## Agenda atual

Em que pesem os importantes avanços, como é comum em todo processo de mudanças, novos desafios são postos de imediato e a médio e longo prazos.

O financiamento das ações ainda comporta questões de fundo que precisam ser enfrentadas, tais como gastos em ações assistenciais pouco efetivas, concentração absoluta e relativa dos recursos em municípios e ou regiões com intensivo uso de serviços assistenciais.

A prática habitual dos serviços, apesar dos avanços obtidos com a expansão importante do PSF, ainda está muito centrada na demanda espontânea e na abordagem sintomática, centrada na doença, no indivíduo, no biológico, na cura. As ações voltadas à promoção da saúde ainda são reduzidas em relação ao amplo espectro de necessidades existentes e estão pouco centradas nos riscos e nos determinantes sociais e epidemiológicos e das condições de saúde.

Tal contradição precisa ser enfrentada de forma estratégica e consistente. Do contrário, a reorganização da atenção básica por intermédio da expansão e consolidação do PSF poderá ser comprometida no longo prazo. É preciso enfrentar o conflito entre um novo modelo de abordagem dos problemas de saúde e o modelo ainda hegemônico de formação dos trabalhadores de saúde atualmente vigente.

Uma mudança nesse âmbito exige um enorme esforço voltado à ampliação do debate para a construção de uma nova agenda por parte dos tomadores de decisão, que: considere a saúde também como produto das condições sociais e não apenas resultante de uma organização de serviços assistenciais; comporte medidas voltadas à melhoria do meio ambiente e entornos onde vivem e se relacionam as pessoas; amplie a capacidade de regulação e de ação do Estado por intermédio de políticas públicas saudáveis, ou seja, que incorporem de forma definitiva a agenda da promoção da saúde nas políticas, nos programas e nas atividades desenvolvidas pelo SUS.

Ao lado disso, é necessário um plano estruturado e consistente de qualificação e formação dos recursos humanos. O maior desafio do Sistema nos próximos anos talvez seja romper a dicotomia das iniciativas do SUS nesta área, com a missão do Ministério da Educação. Deve-se buscar uma maior coordenação e uma gestão mais compartilhada de estratégias e programas nesse campo. Cabe de forma urgente a estruturação de um Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Nacional de Saúde que reflita as necessidades deste Sistema e esteja articulado com a agenda mais ampla de reformas nas universidades e com as iniciativas na área de desenvolvimento científico-tecnológico.

A associação destes dois pontos estratégicos - promoção da saúde e um novo padrão de recursos humanos - poderá representar uma virada estratégica que gere mudanças mais consistentes e qualitativas nas práticas sanitárias e resultados mais duradouros e mais efetivos nos indicadores epidemiológicos.

## Eixos de intervenção

Nesse contexto de desenvolvimento do SUS, em que os importantes avanços alcançados geram ou evidenciam novos desafios, o conjunto de medidas e resultados - já registrados e esperados - decorrentes da ação da SPS pode ser analisado a partir dos eixos de intervenção que nortearam a sua atuação no período 2000-2002. Com esses eixos, buscou-se: (i) contribuir para a emissão de respostas mais efetivas aos problemas de saúde; (ii) organizar e consolidar a atenção básica de saúde, como forma de transformar o modelo de atenção vigente; e (iii) apoiar e fortalecer a gestão descentralizada do SUS, compreendendo o enfrentamento das questões inerentes aos novos papéis e estruturas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, aos recursos humanos e ao desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito do Sistema.

Com foco no usuário do SUS, o primeiro eixo procurou responder oportuna e adequadamente alguns dos problemas de saúde, tendo como pressuposto essencial a ampliação do acesso às ações e serviços, organizados de forma inovadora e com mais qualidade. Para tanto, foram formulados - ou redimensionados - e implementados planos, programas e projetos buscando - na medida do possível, mas ainda em um nível insuficiente - integrar intervenções específicas, convocar e articular novos parceiros e avaliar o impacto sobre a situação de saúde, a gestão e organização dos serviços e os processos de trabalho.

Esse eixo de atuação da SPS compreende um conjunto de iniciativas nas áreas

da promoção da saúde, da prevenção e controle de doenças e agravos específicos, da assistência farmacêutica básica, da proteção da saúde da criança, da mulher, do adolescente e do jovem, do trabalhador e da população prisional, bem como na implementação e acompanhamento da política de alimentação e nutrição.

No conjunto de doenças e agravos sob a responsabilidade da SPS, estão a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, a hanseníase, a tuberculose, as hepatites virais, as doenças sexualmente transmissíveis e aids, cujo trabalho consistiu, em especial, na detecção precoce de casos, na garantia da assistência farmacêutica quando necessária, na gestão mobilizadora, na avaliação e monitoramento e na mobilização social. As ações e serviços realizados durante o período de 2000 a 2002, bem como os processos de trabalho desenvolvidos, as parcerias estabelecidas, os desafios e perspectivas que se detectam hoje são objeto de detalhamento neste documento, tendo em conta as características e especificidades respectivas.

É importante ressaltar nesse âmbito da resolução dos problemas de saúde o grande esforço empreendido no período para a inserção efetiva das ações na atenção básica de saúde, procurando garantir o acesso aos demais níveis, segundo as especificidades das doenças - como é o caso dos portadores de aids - ou do grupo populacional específico, de que são exemplos a parturiente e o recém-nascido de baixo peso. No último período, buscou-se nesse particular articular as ações com a implementação da Norma Operacional da Assistência, aprovada em 2001, instrumento voltado a promover a regionalização do Sistema e que, considerando as medidas adotadas até aqui, indicam as melhores perspectivas rumo à ampliação do acesso e da integralidade da atenção.

Cabe aqui uma análise crítica do processo de organização dos programas e das atividades programáticas no âmbito da Secretaria. A atual estrutura administrativa do Ministério da Saúde vem sendo construída gradualmente, mediante a fusão e ou divisão de secretarias, transferências de programas, mudanças departamentais e uma considerável incorporação de novas funções.

O Ministério, neste último período, mudou substancialmente a sua forma de atuar como gestor federal. Foi mais propositivo, mais ativo. Muitas vezes, segundo algumas análises, impôs iniciativas. Para outros, entretanto, essas ações se davam no sentido de forçar o cumprimento de uma determinada agenda prioritária, como, por exemplo, o combate às filas, a humanização do atendimento e a melhoria do pré-natal. Seria de se esperar a ocorrência de problemas na relação do Ministério com os gestores. Conflitos de interesses, formas diferenciadas de percepção dos problemas e das prioridades foram registradas nesse processo.

A vontade de fazer, de colocar em prática medidas necessárias e identificadas há muitos anos imprimiu, na maioria dos programas ou áreas programáticas, um maior grau de estruturação, uma maior capacidade de ação, impondo mais pressão sobre a agenda, sobre o dia a dia dos gestores e sobre suas equipes técnicas.

Esses fatores, se por um lado possibilitaram aos programas e áreas técnicas avançar em pontos importantes na estruturação dos processos de trabalho e mesmo no desempenho em termos de indicadores, por outro lado trouxeram, como efeito secundário, em muitas situações, fragmentação de atividade, dispersão, duplicação de

iniciativas, competição, prejuízo para a eficácia das ações, dispersando esforços e prejudicando processo e pactos, gerando conflitos internos e externos ao próprio Ministério.

Muitas razões objetivas contribuem ou determinam essa situação. Alguns podem estar relacionados à própria lógica de organização interna dos programas dentro da Secretaria e do próprio Ministério. Observa-se também um determinado nível de competição entre programas/projetos/iniciativas, buscando mais visibilidade, mais apoio, maior reconhecimento interno e externo. Essa competição, de certa forma, é desejável, devendo, em certa medida, ser incentivada como elemento de motivação das equipes, parceiros e dirigentes. O problema certamente reside no necessário equilíbrio entre a competição e a colaboração e integração.

Outros fatores estariam relacionados aos modelos e mecanismos de gestão entre os programas com estruturas departamentalizadas que, muitas vezes, não dão conta da complexidade ou da necessidade de resposta de cada área. Pressões corporativas, vindas de níveis mais periféricos do Sistema, de parceiros que buscam identificação dentro da estrutura do Ministério contribuem e reforçam em certa medida a fragmentação e a dispersão.

Os atuais programas também foram, em algumas situações, herdeiros da estrutura histórica do Ministério da Saúde, quando ainda dividia com a antiga Fundação Sesp, Sucam e o Ministério da Previdência a tarefa de promover a atenção à saúde da população brasileira.

Esses aspectos precisam ser melhor estudados e avaliados o que, certamente, poderá contribuir para que iniciativas sejam tomadas visando uma reestruturação do Ministério da Saúde. Entretanto, é importante assinalar que seria muito improvável qualquer mudança desconhecer a existência de programas e ou áreas técnicas específicas como campo de planejamento, de coordenação e implementação de iniciativas concretas para o enfrentamento de problemas de saúde.

Nesse sentido, torna-se necessário definir uma nova estrutura para o nível federal. Essa nova estrutura deve exprimir um desenho mais eficiente e adequado para dar respostas aos problemas colocados pela agenda do SUS. Necessariamente, tal estrutura deve ser mais integradora, refletindo os principais componentes necessários à organização de um sistema nacional, em que o planejamento, os processos de coordenação e de avaliação sejam reforçados. O rico processo de construção de pactos e agendas entre os gestores deve balizar essas mudanças. A inadequação da estrutura em relação à agenda e às novas atribuições não é apenas um problema do Ministério. Também se observa, de forma evidente, nas gestões estaduais e municipais, particularmente em municípios de grande porte, de modo a se dispor de sistemas locais mais estruturados e complexos.

Certamente novas bases deverão ser lançadas para um modelo de planejamento e de gestão de atividades programáticas mais integrado, que deverá considerar o histórico, o acúmulo, o empenho e a dedicação individuais e coletivos existentes nestas áreas, não apenas na própria Secretaria, como no conjunto do Ministério.

## Organização da atenção básica

Para organizar e consolidar a atenção básica de saúde no País objetivando a transformação do modelo historicamente construído - segundo eixo de atuação da SPS no período de 2000-2002, a SPS procurou combinar a solução de problemas de saúde com o desenvolvimento da atenção básica de saúde, cuja estratégia principal tem sido a expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF). Em termos absolutos, o número de equipes de saúde da família cresceu de 8.804, em 2000, para 16.657, em outubro de 2002, alcançando com isto mais de 54 milhões de pessoas em 4.187 municípios, o que demonstra uma ampliação extraordinária de quase 90%.

A ampliação dos incentivos financeiros ao Programa com o objetivo de remunerar de forma crescente os municípios com maior cobertura de população pelas equipes de saúde da família, adotada no final de 1999, resultou em melhoria considerável desta cobertura, embora ainda se verifique certa pulverização, notadamente nas cidades de grande porte populacional. Em janeiro de 2000, 503 municípios tinham 70% ou mais de suas populações atendidas pelas equipes de saúde da família e, em setembro de 2002, em decorrência de tal medida, já eram 2.530. Os recursos financeiros destinados ao PSF nesses últimos dois anos e meio também cresceram cerca de 46%. Um outro avanço importante do PSF no período foi a inclusão das equipes de saúde bucal, em dezembro de 2000. Em setembro de 2002, dispunha-se de 3.943 equipes, beneficiando 14% da população brasileira.

No tocante à ampliação da capacidade resolutiva do PSF, destaca-se o pacto entre os gestores dos três níveis do SUS acerca de indicadores a serem alcançados anualmente. Esse processo, iniciado nacionalmente em 1999 sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa e que, em 2000, passou a ser coordenado pela SPS, tem sido aperfeiçoado a cada ano, constituindo-se realmente em Pacto da Atenção Básica. Em 2000, foram pactuados 30 indicadores de saúde (14 para todos os municípios e 16 para as áreas do Pacs/PSF) e, em 2001, foram reduzidos a 17 para todos os municípios. Em 2002, todos os estados e municípios assumiram compromisso em torno de 23 indicadores de saúde, definindo-se ainda uma relação complementar não obrigatória.

Na busca da qualidade e impacto das ações, cabe ainda registrar o monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, realizado no período de 25 de junho de 2001 a 23 de agosto de 2002, em que foram entrevistadas todas as equipes de saúde da família à época (13.973 ESF e 2.839 equipes de saúde bucal, em 3.778 municípios). A consolidação e análise das informações, em termos nacionais, encontra-se em fase final. Todavia, já está disponível um relatório consolidado com os dados iniciais da primeira etapa do monitoramento que abrangeu, em 2001, nove estados, o qual fornece importantes informações no tocante ao funcionamento e às ações em desenvolvimento.

Com base nesse consolidado, observa-se, por exemplo, que a incorporação dos princípios do Programa e a freqüência de ações básicas - como visitas domicilia-

res, vacinação, atendimento médico etc. - estão fortemente associadas ao tempo de atividade das equipes. Assim, quanto maior o tempo, maior a sua frequência. Verifica-se também que, independente do porte populacional do município, a atuação mais expressiva do PSF vem ocorrendo nas zonas urbanas. A delimitação da área sob a responsabilidade de uma equipe é outra informação importante, visto que constitui um dos princípios operativos fundamentais do Programa. A grande maioria - 90% - das equipes atua com essa área de abrangência definida: em São Paulo, esse percentual alcança 98% e, no Acre, 100%.

Para impulsionar o PSF em municípios desprovidos ou carentes de atenção de saúde, sobretudo do Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte do Estado de Minas Gerais, nos quais a atração de médicos e de enfermeiros é extremamente difícil, foi instituído e implementado, em 2001, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, que oferece a estes profissionais incentivos educacionais e financeiros, além de moradia e alimentação, durante o período de um ano, com possibilidade de prorrogação por mais um. Trata-se de indução - de caráter voluntário - que, no âmbito da saúde, é inédita no Brasil. Tal iniciativa, além de prover o acesso dessas populações à atenção à saúde, apóia e estimula o poder municipal a identificar mecanismos capazes de assegurar a atuação desses profissionais na estratégia de saúde da família.

De outra parte, a implementação e ou expansão do PSF nos grandes centros urbanos talvez seja o maior desafio no processo em curso de reorganização da atenção básica de saúde no Brasil, cuja perspectiva, entretanto, é de superá-lo com êxito, na medida em que é objeto de projeto específico já em implantação. Conforme assinalado na introdução deste documento, essa reorganização é parte integrante e fundamental para a transformação do modelo de atenção, cujo enfoque é a integralidade das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

Nas áreas de maior concentração populacional, a desigualdade e heterogeneidade quanto às condições socioeconômicas refletem-se igualmente no acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, há limitações quanto à qualidade e capacidade de respostas destes serviços.

Com os avanços no processo de descentralização das ações de saúde, especialmente a partir da Noas, devem ser ressaltadas as particularidades e responsabilidades das grandes cidades na reestruturação do modelo de atenção à saúde, na necessidade de regionalização e reorganização funcional do Sistema. A expansão e o fortalecimento do PSF deverão combinar a extensão de cobertura de serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde da população brasileira, hoje concentrada nos centros urbanos de maior porte populacional.

A implementação do PSF nas grandes cidades, portanto, é necessariamente mais complexa, exigindo mudanças de ordem quantitativa e qualitativa na sua operacionalização. O Projeto de Fortalecimento e Consolidação do Saúde da Família - Proesf - propõe mudanças na dinâmica do Programa, viabilizando recursos financeiros para a organização das equipes/unidades, imprimindo maior resolubilidade ao Sistema, buscando integrar procedimentos de média e alta complexidade, alterar

tecnologias de gestão, operar sistemas de referência e contra-referência, implementar e distribuir insumos e serviços de suporte em geral.

O Proesf, uma iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), tem como enfoque a expansão do PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho do Programa. O seu objetivo é o de contribuir para a reorganização e fortalecimento da atenção básica de Saúde no País, a partir da consolidação da estratégia do PSF, ampliando e assegurando acesso aos serviços, elevando a qualidade do processo de trabalho, mediante a incorporação de profissionais e investimentos na sua formação/capacitação e implantando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços.

A atenção básica passou a ocupar um espaço privilegiado na agenda dos gestores, particularmente dos gestores municipais. A expansão de gastos, a luta pela melhoria da qualidade, a busca de maior integralidade e de resolubilidade colocam novos desafios nesta área. Nesse âmbito, a questão dos recursos humanos está bastante exposta. Mudanças nos currículos precisam ser articuladas como uma das grandes agendas para melhor qualificar os trabalhadores da atenção básica e do PSF. A continuidade de iniciativas como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) deve ser analisada e mesmo expandida para outros cursos da área de saúde.

Aos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF, uma nova agenda está sendo exigida. Novos conteúdos, novas metodologias e maior capacidade de resposta precisam ser estruturados. Isso será plenamente possível, pois o Proesf poderá representar um reforço importante no financiamento de atividades mais regulares voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos para o PSF e para a atenção básica.

A questão do financiamento do PSF e da atenção básica ainda não está resolvida plenamente. Mesmo considerando uma forte expansão, absoluta e relativa, de gastos nesta área, sem dúvida é fundamental estabelecer novos pactos visando ampliar recursos, envolvendo, prioritamente, uma maior participação dos gestores estaduais neste processo. Isso poderá ser implementado por meio de programas e estratégias específicas que incorporem incentivos, iniciativas voltadas à melhoria de infraestrutura das equipes, apoio complementar na área de desenvolvimento de recursos humanos, assessoria técnica, entre outras, todas ações essenciais enfim para dar continuidade à expansão do acesso e para melhor qualificar e tornar mais resolutiva a atenção básica e o PSF.

## Apoio à gestão descentralizada e desenvolvimento de recursos humanos

Nesse terceiro eixo de intervenção da SPS, o monitoramento e avaliação do PSF confirmou, mais uma vez, o importante desafio representado pela questão de recursos humanos para o SUS. O preparo dos profissionais para o desenvolvimento da estratégia

de saúde da família tem se constituído uma prioridade, cujas iniciativas, no período de 2000-2002, buscaram criar condições para a superação de problemas estruturais - como a própria formação - como também a capacitação dos profissionais que ingressam no Programa ou que nele já atuam e a captação de novos, mediante a oferta de incentivos - educacionais e financeiros - como forma de impulsionar a ampliação do PSF.

No âmbito da formação, cabe citar a articulação com o Ministério da Educação que resultou na elaboração e implementação do Promed. Com o Programa, essas escolas são estimuladas a apresentarem projetos destinados a introduzir, na formação do profissional médico, conteúdos e conhecimentos necessários para a prestação da atenção básica de saúde com qualidade e resolutiva, segundo a estratégia de saúde da família.

No tocante à qualificação dos profissionais que ingressam ou que já atuam nas equipes de saúde da família, buscou-se ampliar, fortalecer e aprimorar a atuação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF. Os Pólos são resultado da articulação entre as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias Estaduais e ou Municipais de Saúde. Um total de 187 instituições de ensino e 71 serviços de saúde compõem os 30 Pólos atualmente existentes no País. Em 2000, teve início a oferta de cursos de pós-graduação lato sensu nas modalidades de especialização e de residência multiprofissional em saúde da família. Até setembro de 2002, estavam em desenvolvimento 55 cursos de especialização e 25 residências.

Registre-se ainda a elaboração do Plano Nacional de Descentralização voltado à consolidação do processo de capacitação das equipes de saúde, iniciativa fundamental não só em face à expansão acelerada do PSF sobretudo a partir de 1998, como a sua implantação em municípios de médio e grande portes, em especial naqueles com população acima de 100 mil habitantes, cuja previsão é de que o crescimento do número de equipes de Saúde da Família nesse universo alcance 166% no período de 2000-2003.

Um desafio importante no contexto de recursos humanos para o PSF refere-se ao reconhecimento social e técnico do agente comunitário de saúde, assegurado pela Lei N.º 10.507, de julho de 2002, que cria esta categoria profissional e que preserva a vinculação do agente com a área onde atua, um outro princípio do PSF. Essa Lei estabelece assim que o agente deve residir na área onde irá atuar - tendo portanto perfeita identidade com a respectiva comunidade - e que receba a qualificação básica para iniciar o trabalho. Atualmente, encontra-se em discussão uma série de medidas com vistas à regulamentação da Lei - como o conteúdo mínimo inicial dessa qualificação básica -, que deverá prever também a capacitação contínua do ACS, questão que o Ministério da Saúde considera igualmente essencial.

Nas atividades voltadas a apoiar e desenvolver a gestão descentralizada, destacam-se a preocupação com o fortalecimento da gestão estadual, o desenvolvimento da avaliação de programas e a formação de dirigentes e técnicos para a gestão de sistemas e de programas de saúde nos níveis regional e local.

O intenso processo de descentralização exigiu Secretarias Estaduais adapta-

das às novas funções de coordenação, regulação e avaliação. A SPS, junto com o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), prestou um grande apoio ao fortalecimento das instâncias estaduais, trabalhando com 10 SES, remodelando e preparando-as para as recentes exigências. Esse projeto deixa, tanto na SPS quanto nas SES, um grande saldo em desenvolvimento de tecnologias de gestão e capacitação de equipes, gerando ainda nessas Secretarias uma profissionalização das estruturas e a sua adequação aos novos papéis.

Já a atividade de avaliação vem sendo desenvolvida no Ministério ainda de forma bastante dispersa. Diferente do que ocorre em outros Ministérios, não há na estrutura interna uma unidade única responsável pelo monitoramento de todas as ações dos vários órgãos. Cada órgão, departamento ou programa busca estabelecer suas prioridades e contratar atividades nessa área. Não resta dúvida que, no geral, as iniciativas voltadas para melhor avaliar desempenho e impactos foram expandidos em todo o Ministério.

Na SPS, num primeiro momento, buscou-se a identificação de centros e ou núcleos de pesquisas com experiência em avaliação de programas. Um modelo adotado foi a definição de alguns centros colaboradores em algumas áreas específicas e ou mesmo para o conjunto da Secretaria. Uma dificuldade para tal tarefa foi a inexistência de um padrão definido no Ministério do que seriam os centros colaboradores, que relação deve ser construída entre o MS e estes centros e como devem ser contratados. Essas são definições necessárias. O modelo a ser adotado como referência ainda precisa ser estabelecido.

Outros aspectos nessa área são a definição de prioridades do que avaliar e o desenho das melhores metodologias. Ainda é preciso avançar bastante em termos de avaliação e isto é particularmente um desafio dentro da realidade brasileira. Existem poucos centros que desenvolveram modelos apropriados às particularidades da construção de políticas de saúde no Brasil. A reprodução mecânica de experiências de centros de fora do País com certeza não acrescenta muito diante da especificidade e complexidade presentes na realidade social brasileira, no sistema de saúde, nas políticas, na estrutura administrativa e de recursos humanos, que passam por intensas transformações.

Muitas iniciativas foram desenvolvidas visando a definição de novos modelos para a nossa realidade. Entre os exemplos estão o plano de avaliação das ações de controle e prevenção da hipertensão e da diabetes, desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da UFRS e o plano de avaliação da descentralização desenvolvido pelo Centro Colaborador do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; os estudos dos pólos de capacitação desenvolvidos pela Unicamp; a avaliação do PSF nos grandes centros urbanos; a avaliação do processo de capacitação de gestores municipais pelo Instituto de Medicina Social da Uerj; a avaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde pela Unifesp; e a avaliação da mortalidade materna nas capitais, coordenada pelo Professor Ruy Laurenti.

Para o fortalecimento da gestão descentralizada, é fundamental a disponibilidade de recursos humanos e dirigentes habilitados para as tarefas complexas de planejamento, organização e avaliação das políticas de saúde. Nos últimos anos, verifi-

cou-se certa retração de iniciativas de caráter nacional voltadas para a formação de quadros no âmbito da gestão do Sistema.

A partir dessa constatação, em associação com o Projeto Reforsus, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a SPS coordenou um projeto de capacitação de equipes gestoras em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Direcionado às Secretarias Municipais de Saúde de municípios acima de 50 mil habitantes ou que fossem pólos regionais no âmbito da Noas, e também a todas as Secretarias Estaduais, esse projeto possibilitou a realização de 74 novos cursos de especialização, agregando 37 instituições de nível superior a um novo processo de qualificação de gestores e gerentes de sistemas e serviços do SUS. Essa ação possibilitou a continuidade da articulação dos gestores com os núcleos de saúde coletiva em cada estado. Esse é um elemento estratégico, pois não se deve conceber a falta de interação daqueles que desenvolvem, de forma crítica, o conhecimento na área de saúde coletiva com aqueles que são responsáveis pela gestão das políticas de saúde. Por outro lado, para esses núcleos, a aproximação com os gestores da saúde é fundamental para a construção de novos conhecimentos que auxiliem na condução das estratégias e das políticas de saúde.

Buscando a qualificação no âmbito dos municípios, a SPS desenvolveu, em parceria com o Conasems, o Conass, a Opas e a Abrasco, o Curso de Atualização para Gestores Municipais, que alcançou um total de 4.500 gestores em 23 estados. A metodologia do curso incentivou a troca de informações decorrentes das experiências municipais, bem como o estabelecimento de parcerias e ações conjuntas. Enfatizou a organização dos serviços municipais a partir do contexto político-normativo do SUS, com especial destaque para a atenção básica e, ainda, a otimização do uso dos recursos disponíveis. A avaliação final dos diversos cursos confirma a adequação dessa iniciativa, dada a grande receptividade por parte dos secretários municipais.

Na verdade, foram medidas importantes, mas que ainda não preencheram a grande lacuna que é a necessidade de um plano nacional de qualificação dos gestores e dirigentes técnicos do SUS. É importante agregar, nesse plano, as várias iniciativas atualmente em curso dentro de um planejamento estratégico, combinando-se as atividades de atualização, especialização, mestrados profissionalizantes ou outras, com as necessidades dos gestores locais, a complexidade e o estágio de cada realidade dos sistemas locais e regionais de saúde. Para isso, é preciso que sejam agregados os recursos necessários. Essa condição é importante, pois os centros precisam ter clareza das demandas, o que facilita o processo de programação no médio e longo prazos, podendo configurar também uma forma de fortalecimento destes centros, que cumprem um papel relevante para a formação de recursos humanos na área de saúde coletiva.

É pertinente afirmar, assim, que importantes avanços foram registrados pela SPS nestes últimos três anos, tanto no que se refere à resolução de problemas de saúde, quanto na transformação do modelo vigente, mediante a organização da atenção básica no País, e no fortalecimento da gestão descentralizada. Cabe assinalar também os esforços empreendidos para viabilizar as condições básicas à superação dos desafios que hoje se apresentam, entre as quais destacam-se as parcerias estabelecidas

com segmentos específicos da sociedade e com a população em geral, hoje certamente muito mais sensível e atenta as suas necessidades de saúde. Na realidade, avanços e desafios continuarão a ser características do SUS, um Sistema sonhado, desenhado e implementado para satisfazer as necessidades de saúde do povo brasileiro, deixando de lado o pragmatismo do possível para se ater, com exclusividade e ousadia, na promoção da vida plena e abundante.

A consolidação do SUS é, sem dúvida, um processo em franco e seguro desenvolvimento. Importantes e efetivos resultados têm sido alcançados desde a sua implantação. Inúmeros exemplos confirmam essa constatação. O conjunto de medidas empreendidas pela SPS - e seus resultados - constitui-se, certamente, em um desses exemplos.

## **III. RESULTADOS**

### **A) Organização, expansão e desenvolvimento da atenção básica de saúde**

1. Saúde da Família
2. Interiorização do Trabalho em Saúde
3. Assistência Farmacêutica Básica
4. Saúde Bucal



## Saúde da Família

Em 2000, a coordenação das ações relativas à atenção básica de saúde no Brasil - imprescindível à consolidação do SUS e que deve constituir de fato a porta de entrada do Sistema - foi transferida e formalmente estruturada em departamento da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). Essa transferência ocorreu no bojo da reformulação geral procedida na SPS, de modo a agregar os esforços de diversas áreas técnicas e de intervenção programática com vistas ao fortalecimento desse nível da atenção. A organização das ações de atenção básica em departamento específico teve início na Secretaria de Assistência à Saúde, em 1999.

O processo de reorganização da atenção básica de saúde no país tem como marco o ano de 1998, com a implementação da Norma Operacional Básica do SUS (a NOB-SUS 96). A partir daquele ano, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi definido como a estratégia de estruturação para tal reorganização, mediante a qual busca-se também a transformação do modelo de atenção prevalente no Brasil, historicamente focado na assistência médico-hospitalar. Essa decisão tem como fundamento o fato de que a capacidade resolutiva do SUS requer necessariamente a estruturação sólida do Sistema no contexto municipal, e o PSF configura-se como o mecanismo adequado.

Outro aspecto que merece destaque nesse processo de reorganização e fortalecimento da atenção básica é a implantação, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), que visa articular a atenção com toda a rede de serviços. A Noas define as responsabilidades e as ações estratégicas mínimas que todos os municípios devem desenvolver no âmbito da atenção básica: saúde da criança e da mulher; saúde bucal; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes mellitus; e eliminação da hanseníase.

A Noas trata a organização dos serviços municipais no contexto da micro e macrorregionalização, oferecendo estratégias intermunicipais para a organização de serviços de atenção básica, com qualidade e de forma resolutiva, definindo a regionalização como o núcleo central do processo de reordenamento dos sistemas de saúde.

O PSF, iniciado em 1994, teve como origem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), implantado em 1991. O Pacs é considerado o seu antecessor porque alguns de seus elementos foram centrais na construção do PSF, tais como: enfoque na família e não no indivíduo, organização da demanda a partir de ações preventivas, visão ampliada de saúde e integração efetiva com a comunidade. Tais elementos conformam a atuação do PSF que, incorporado nas unidades básicas de saúde, é desenvolvido com base em equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, com responsabilidade sobre um território onde vivem ou trabalham em média mil famílias. As definições de território e de adscrição de famílias - introduzida no Pacs e ampliada no PSF - conferem ao Programa potencial para resgatar os vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

Além de buscar a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços para a população, fortalecendo os princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, o PSF privilegia outras interfaces do Sistema, em diversos sentidos: primeiro, por sua vertente municipalista, estimula a organização dos sistemas locais; segundo, porque pauta essa

organização a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade e terceiro, porque envolve atores sociais dessas mesmas realidades. Um dos avanços do PSF foi o de provocar intenso movimento em torno da política nacional de saúde, seja com os gestores repensando novas formas de investir em saúde para priorizar a atenção básica, seja com os usuários, despertando-os para um conceito de saúde relacionado à cidadania.

No que diz respeito à organização do Sistema, o PSF contribuiu para o processo de regionalização/descentralização, visto que cria oportunidades para a construção de uma atenção básica resolutive. O conceito ampliado de saúde, que permeia todo o desenvolvimento do PSF, influenciou, também, na mudança da organização do processo de trabalho.

A curva evolutiva da expansão do PSF demonstra importante adesão dos gestores municipais e estaduais, que compartilham responsabilidades com o Ministério da Saúde, inclusive na busca da sustentabilidade financeira do Programa. Em dezembro de 1999, existiam 4.114 equipes de saúde da família, atuando em 1.646 municípios, que representam 29,9% dos municípios. Eram 14.011.562 pessoas acompanhadas pelo Programa, representando 8,8% da população do país. Em setembro de 2002, esses números cresceram significativamente: 16.463 equipes, em 4.161 municípios, assistindo 54.251.519 pessoas. A expansão em número de equipes foi de 300%.

A análise da expansão do PSF demonstra uma tendência inicial de cobertura de áreas menos assistidas, representadas por pequenos municípios, distantes dos aglomerados urbanos, e por cidades de médio porte. Essa tendência não ocorreu somente pela lógica natural de ampliar a cobertura em áreas desassistidas. Houve, por parte do governo federal, uma indução para a priorização de municípios com indicadores de saúde em situação crítica, em sinergia com outros programas de governo, como Comunidade Solidária, hoje Comunidade Ativa, Redução da Mortalidade na Infância, Intensificação das Ações para Redução da Mortalidade Materna e Plano de Apoio aos Estados de Menor Desenvolvimento Humano (Projeto Alvorada).

Essa tendência da implantação ampliou efetivamente o acesso aos serviços de saúde de segmentos da população brasileira que estavam excluídas, mas não tem sido suficiente para alterar o modelo predominante de organização da atenção básica, nem impactar positivamente os indicadores de saúde, em âmbito nacional.

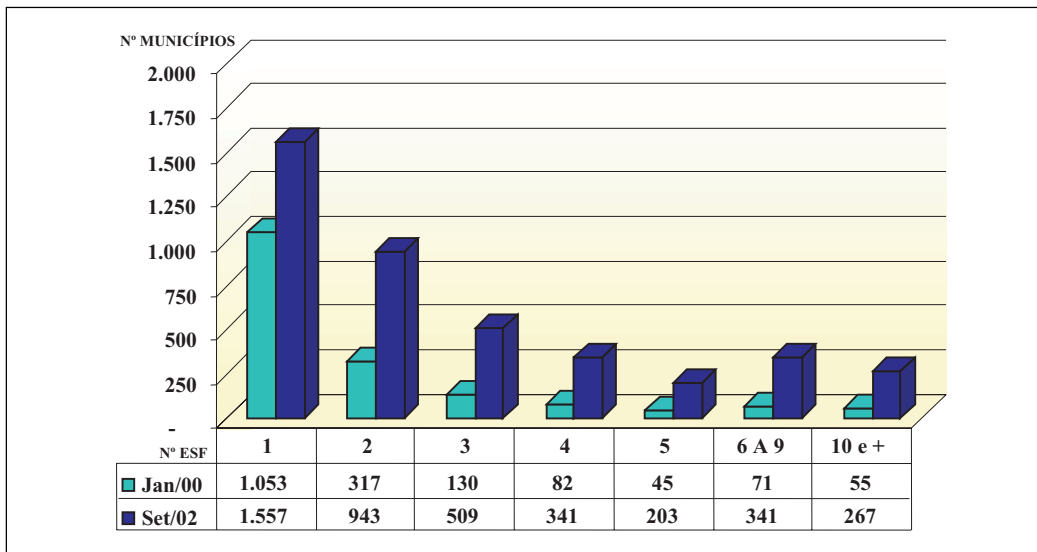
Outro problema identificado foi o da pulverização de equipes de saúde da família nos municípios que apresentaram implantação de equipes apenas em áreas de risco, o que anularia, também, sua capacidade de reordenamento dos sistemas municipais de saúde. Para disciplinar essa tendência, o Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, além de reajustar valores, introduziu nova modalidade para o cálculo dos incentivos, passando a remunerar melhor os municípios que apresentam maior cobertura populacional pelas equipes de saúde da família.

O acerto dessa medida pode ser verificado nos gráficos a seguir. No primeiro, observa-se que, em janeiro de 2000, 60% dos municípios possuíam apenas uma equipe de saúde da família e 3,13%, mais de 10; atualmente, 6,42% dos municípios possuem mais de 10 equipes, enquanto 37,42% contam com apenas uma. (gráfico 1 – Evolução da Distribuição de Municípios por Número de ESF). É importante registrar o grande número de municípios que, com apenas uma equipe, cobrem toda a sua população (gráfico 2 - Evolução do número de municípios com ESF implantadas distribuídos por porte populacional). A situação atual fica mais evidente ao se analisar o gráfico 3 – Evolução do número de municípios por faixa de cobertura populacional do PSF, que mostra a concentração de 2.530 municípios na faixa nove, em que o PSF cobre 70% ou mais da população.

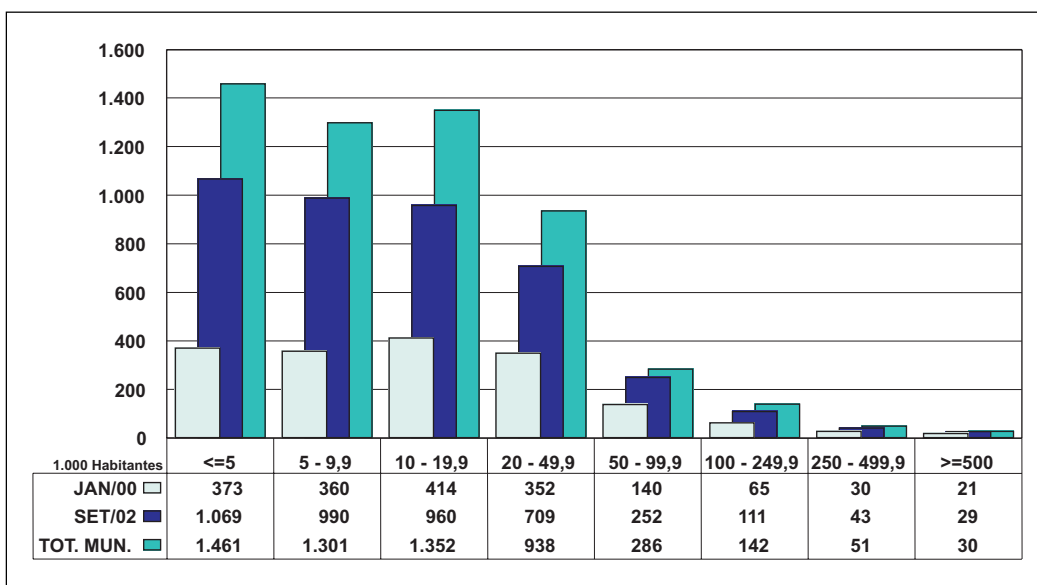
A mudança na regra de financiamento do Programa não tem sido suficiente, no entanto, para favorecer a ampliação do PSF nas grandes cidades, onde os esforços, para ampliar a cobertura

e, conseqüentemente, atingir faixas de maiores valores de incentivo, são muito grandes. O gráfico 4 – Evolução da população coberta por ESF distribuída por porte populacional e o gráfico 5 – Evolução do número de ESF implantadas, distribuído por porte populacional, demonstram que esses esforços estão sendo feitos, apesar de exigirem um incentivo especial.

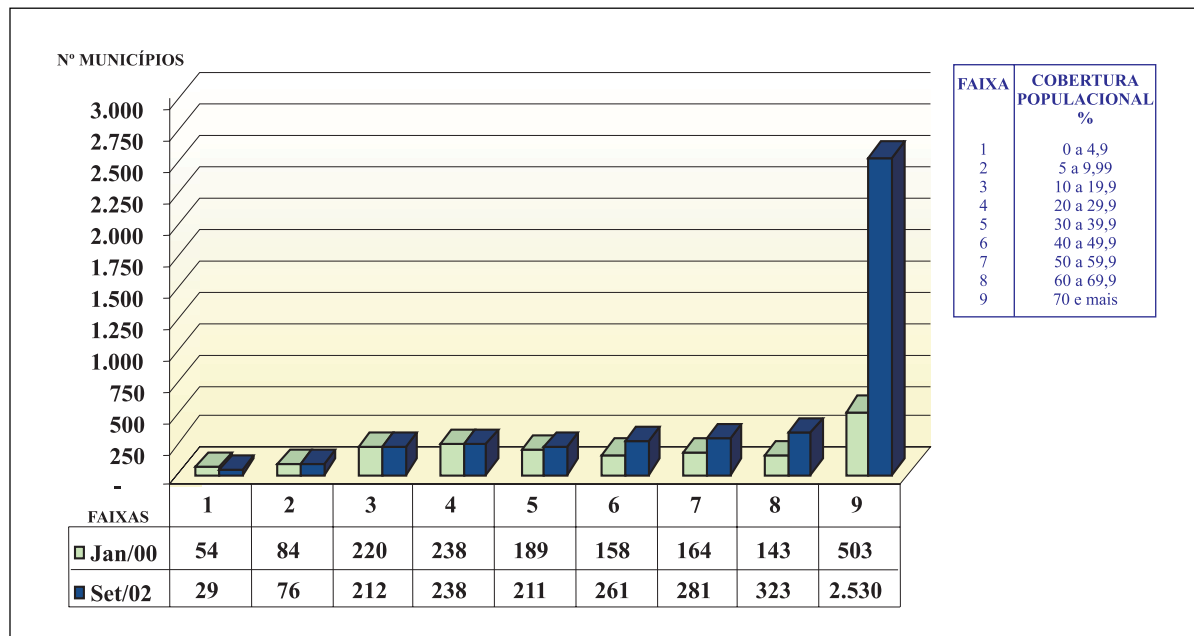
**Gráfico 1**  
**Evolução da distribuição dos municípios por número de ESF**  
**Janeiro de 2000 a setembro de 2002**



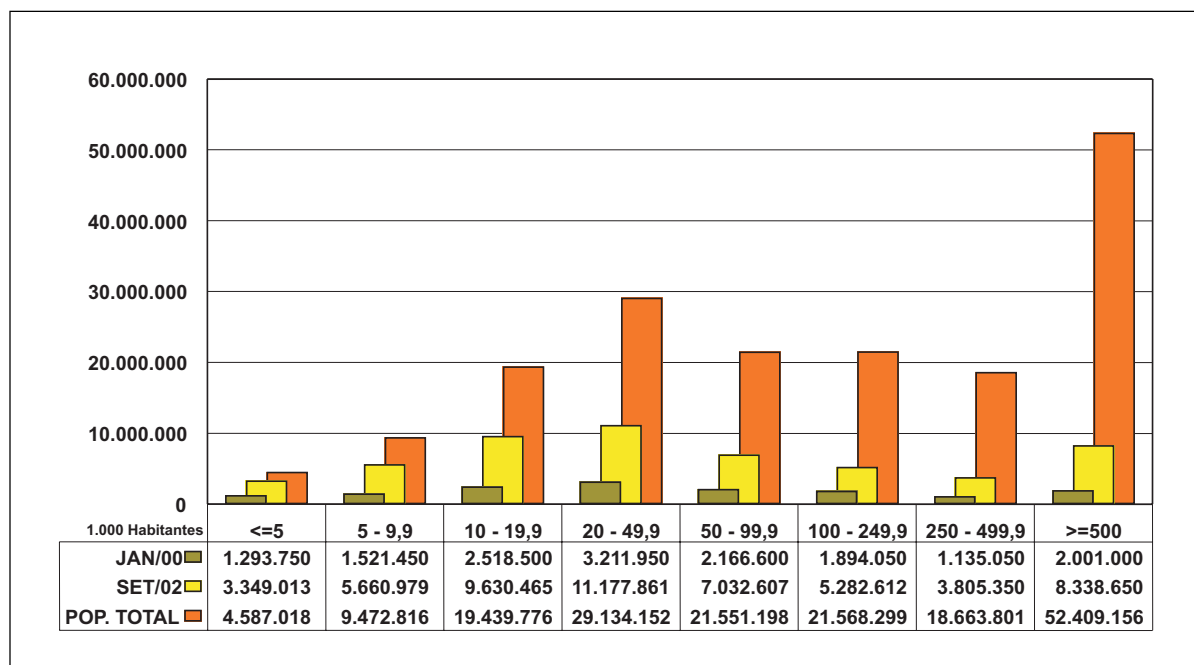
**Gráfico 2**  
**Evolução do número de municípios com ESF implantadas,**  
**distribuídos por porte populacional**



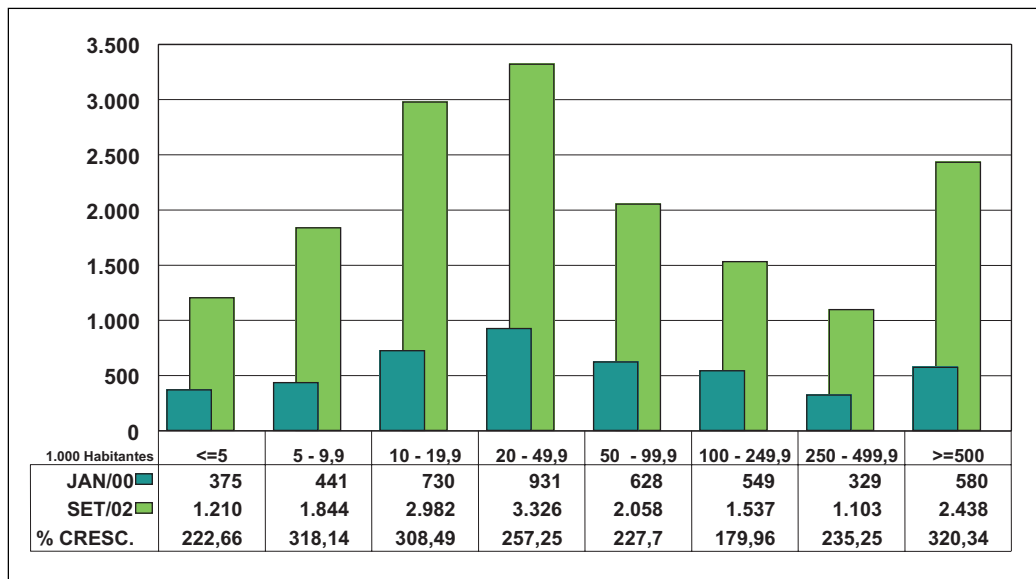
**Gráfico 3**  
**Evolução do número de municípios por faixa de cobertura populacional do PSF**  
 janeiro de 2000 a setembro de 2002



**Gráfico 4**  
**Evolução da população coberta por ESF, distribuída por porte populacional**



**Gráfico 5**  
**Evolução do número de ESF implantadas, distribuído por porte populacional**  
**BRASIL**



Outro incremento relevante para a atenção básica diz respeito à inclusão da saúde bucal no PSF (Portaria N.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000), visando ampliar o acesso da população e incentivar a organização da área dentro deste novo modelo. Em setembro de 2002, existiam 3.943 equipes de saúde bucal, beneficiando 14% da população brasileira.

O governo federal vem aumentando consecutivamente os recursos para a atenção básica. Em 1996, foi aplicado R\$1,511 bilhão (valores nominais) e, em 2000, R\$ 3,545 bilhões. Para 2002, estão previstos R\$ 5,163 bilhões, incluindo-se R\$ 300 milhões do Programa Bolsa Alimentação e mais R\$ 100 milhões para aquisição de medicamentos para o atendimento de portadores de hipertensão e de diabetes. De 2000 a 2002, houve um crescimento de cerca de 46% nesses recursos.

### Evolução dos gastos federais com atenção básica à Saúde

ATENÇÃO BÁSICA	VALORES EM R\$ MILHÕES NOMINAIS																					
	1996			1997			1998			1999			2000			2001			2002			
	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	VALOR	POP	PERCAPITA	
1 - PAB FIXO	1.146	157	7,30	1.410	159	8,87	1.722	159	10,83	1.774	159	11,16	1.726	163	10,59	1.790	172	10,41	1.920	172	11,16	
2 - PACS - PSF	111	157	0,71	161	159	1,01	226	159	1,42	324	159	2,04	656	163	4,02	968	172	5,63	1.300	172	7,56	
3 - CARÊNCIAS	32	157	0,20	102	159	0,64	59	159	0,37	140	159	0,88	152	163	0,93	170	172	0,99	473	172	2,75	
4 - FARMÁCIA																						
BÁSICA/HIPERTENSÃO/DIABETES	0	157	0,00	0	159	0,00	45	159	0,28	124	159	0,78	164	163	1,01	168	172	0,98	272	172	1,58	
5 - VACINA E VACINAÇÃO	133	157	0,85	179	159	1,13	190	159	1,19	274	159	1,72	265	163	1,63	332	172	1,93	351	172	2,04	
6 - COMBATE ÀS ENDEMIAS	89	157	0,57	405	159	2,55	367	159	2,31	543	159	3,42	582	163	3,57	780	172	4,53	847	172	4,92	
TOTAL	1.511	157	9,62	2.257	159	14,19	2.609	159	16,41	3.179	163	19,50	3.545	163	21,75	4.208	172	24,47	5.163	172	30,02	

A participação percentual dos incentivos financeiros vinculados ao PSF em relação ao conjunto de recursos destinados à atenção básica também cresceu, conforme demonstra a planilha a seguir.

**Evolução dos Recursos do Ministério da Saúde  
Aplicados nos Programas de  
Saúde da Família e de Agentes Comunitários de  
Saúde 1994 - 2002**

ANOS	R\$ MILHÕES NOMINAIS	% DA ATENÇÃO BÁSICA
1994	55,80	5,20
1995	78,60	5,00
1996	111,40	7,40
1997	161,40	7,20
1998	225,60	8,60
1999	223,90	10,20
2000	655,50	18,50
2001	968,50	23,00
2002	1.300,00	25,20

Portanto, a prioridade dada ao Programa, ao longo desses anos, continua se materializando na alocação dos recursos federais. Em 2002, a Portaria N.º 868, de 7 de maio, instituiu um novo incentivo vinculado à atuação dos agentes comunitários de saúde, reafirmando essa prioridade.

## Atividades e resultados alcançados

Com a expansão acentuada da estratégia de saúde da família, algumas questões despontam como essenciais para a sua consolidação. Entre elas, destacam-se a qualificação das equipes e a resolubilidade da atenção básica, as quais requerem certamente a articulação efetiva deste nível da atenção com os demais níveis da assistência, e a disponibilidade de um sistema de informação que contemple a complexidade da organização da atenção e apresente indicadores adequados e oportunos para o acompanhamento e avaliação.

Para a estruturação e implementação de mecanismos de avaliação da atenção básica que permitam monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços neste nível de atenção, foram priorizados: o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab); o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; e o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes do PSF. Acresce-se a esses, o desenvolvimento de pesquisas avaliativas.

## Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)

Ao longo de sua implantação, o Siab produziu uma grande inflexão na forma de se conceber os sistemas de informação em saúde. Ao adotar como básicos os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária, esse Sistema inaugurou uma nova lógica de produção e de utilização

da informação em saúde, permitindo a microespecialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções, utilização mais ágil e oportuna da informação, produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas e consolidação progressiva da informação partindo de níveis menos agregados para os mais agregados.

A finalidade do Siab é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação da saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação desse setor. É, portanto, um sistema que gera informações importantes para o processo de gestão local permitindo conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos, readequando-os, sempre que necessário, e melhorar a qualidade dos serviços. O Siab ainda cadastra as equipes que atuam no Pacs/PSF e similares ao PSF, sendo a base para o repasse dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde para os municípios.

No decorrer dos anos de implantação do Sistema, têm sido observados avanços importantes. Hoje, todos os municípios com Pacs/PSF implantados estão com o Sistema informatizado. São 4.956 municípios (Siab, julho/02) informando o Sistema, com mais de 70 milhões de pessoas cadastradas.

Para que o Siab cumpra a sua missão original de constituir-se no sistema de toda a rede básica, é necessária, no entanto, uma significativa reformulação, tanto na sua concepção quanto no aspecto tecnológico, objetivando, sobretudo, proceder algumas compatibilizações de conceitos e faixas de idade com outros sistemas; adequar o Siab a novas normas definidas pelas áreas técnicas; instituir mecanismos de controle e de vinculação com o financiamento dos incentivos repassados aos municípios; solucionar problemas operacionais identificados no Sistema; e melhorar a interface com o usuário mediante o desenvolvimento de uma versão em plataforma *windows*.

Os desafios concernentes à informação e avaliação geram a necessidade de um sistema que reflita a complexidade da organização da atenção básica, apresentando, portanto, indicadores adequados e oportunos para o monitoramento e avaliação, que esteja preparado tecnologicamente para trabalhar com vários níveis de agregação, e que tenha suporte operacional adequado, em termos de equipamentos, infra-estrutura e pessoal qualificado para manejar as bases de dados dos sistemas de informação e de conduzir o processo de avaliação nos seus diversos níveis de gestão.

A partir dessas necessidades, teve origem a proposta de criação do Siab-Plus, cuja abrangência deverá garantir as ações e serviços relacionados ao Pacs/PSF, saúde bucal, saúde da mulher, da criança e do adolescente; controle da diabetes, da hipertensão e da tuberculose; eliminação da hanseníase; Programa Nacional de Imunização; assistência farmacêutica; e alimentação e nutrição. O Siab-Plus começou a ser implantado em municípios para críticas, adaptações e aperfeiçoamentos necessários em novembro de 2002.

## Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, foi instituído pela Portaria N.º 3.925/98, que aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica, e pela Portaria N.º 476/99, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica. Desde então, a cada ano, são estabelecidas, mediante portarias específicas, as orientações para esse processo de pactuação e a relação de indicadores a serem pactuados.

O Pacto pretende ser um instrumento formal de negociação entre gestores do SUS, tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde

previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliado em nível federal tendo em vista o cumprimento das metas pactuadas.

De 1999 a 2002, período em que foi implementado nacionalmente, o processo de pactuação foi aperfeiçoado quanto a sua forma de condução e aos indicadores selecionados para avaliação. Num primeiro momento, a coordenação do processo de pactuação esteve sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde, passando para o Departamento de Atenção Básica de Saúde da SPS em 2000.

Em 1999, o elenco de indicadores municipais chegava a 39 (21 para todos os municípios e 18 específicos para as áreas do Pacs e PSF). No ano seguinte, essa relação foi reduzida para 30 indicadores (14 para todos os municípios e 16 específicos para as áreas do Pacs e PSF) e, em 2001, foram pactuados, no total, 17 indicadores para os municípios. Os indicadores estaduais, em geral, reproduziam os municipais, à exceção do ano de 2001 que apresentou dois deles exclusivos para os estados, acrescidos aos 17 que eram comuns às duas esferas de gestão. Para 2002, foi definida uma relação de 23 indicadores principais, pactuados por todos os estados e municípios, e uma relação de indicadores complementares, de pactuação não obrigatória.

Entre as estratégias utilizadas no processo de definição de indicadores e de pactuação, têm se destacado as oficinas de trabalho com participação de representantes das Secretarias Estaduais, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde dos Estados e de áreas técnicas do Ministério da Saúde. Essas oficinas são momentos privilegiados de discussão técnica e política sobre o Pacto e de construção de consensos, pautando-se pelo aprofundamento das discussões e aprimoramento das suas qualidades técnicas.

A avaliação positiva dos participantes das oficinas, a melhoria da qualidade das notas técnicas, a criação de ferramentas (*softwares*) de apoio ao processo de pactuação, a reprodução pelos estados de estratégia semelhante para avaliação regionalizada do Pacto são indicativos de que o processo tem, efetivamente, cumprido o seu papel de mobilização e articulação com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas à melhoria da qualidade da atenção básica. Além disso, é surpreendente verificar como o Pacto de Indicadores da Atenção Básica tem provocado a utilização dos dados dos sistemas de informação em saúde, o que contribui para a melhoria da qualidade das informações.

As mudanças observadas no processo de pactuação e no elenco de indicadores têm resultado, na verdade, no amadurecimento do próprio processo do Pacto da Atenção Básica, traduzindo um esforço crescente de busca de indicadores mais representativos e robustos na avaliação da atenção básica. É importante destacar que não se trata de avaliar ações específicas no âmbito da atenção básica, mas, sim, de avaliar globalmente, mediante indicadores específicos, este nível de atenção, o que só é possível se o indicador apresentar qualidades para tal. Essas qualidades dizem respeito a sua sinteticidade, facilidade de cálculo, disponibilidade, poder discriminatório e robustez.

Por fim, no tocante à avaliação do desempenho de estados e municípios com base no Pacto da Atenção Básica, a tabela 1 apresenta o desempenho dos municípios em 2000 e, a tabela 2, os resultados sobre a adesão ao processo de pactuação de 2001 e 2002. Pode-se observar que a adesão tem sido bastante elevada, embora o desempenho de estados e municípios ainda se encontre aquém do esperado, o que traduz duas ordens de fenômenos: um patamar ainda abaixo do desejável no que diz respeito à qualidade das ações no âmbito da atenção básica e uma dificuldade estadual, municipal e federal na definição de metas.

Essa dificuldade reside na baixa qualificação para análise, no caso de alguns estados e municípios, e no estabelecimento de metas muito acima da capacidade de cumprimento. Percebe-se, nesses casos, a necessidade de um apoio mais efetivo dos níveis estadual e federal para que o processo de pactuação cumpra a sua função pedagógica, qualificando melhor estes níveis para a avaliação, e vinculando-a de forma efetiva ao processo de planejamento e programação. No ano de 2001, 97% dos municípios brasileiros realizaram o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e, em 2002, 99,8%. Apenas nove municípios não pactuaram neste ano.

Com o objetivo de estabelecer uma metodologia geral comum para o processo de avaliação do Pacto da Atenção Básica, foi proposto, em 2001, o Sistema de Monitoramento do Pacto da Atenção Básica (Simpacto), desenvolvido mediante a criação de um *software* de monitoramento em aplicação Olap própria para captação de dados dos oito sistemas (Siab, Sinasc, SIM, Sinan, SIA/SUS, SIH/SUS, SI-PNI, IBGE) que dão suporte à construção dos indicadores da atenção básica.

Por solicitação do DAB/SPS, o Departamento de Informática do SUS (Datusus/MS) desenvolveu um padrão de Caderno de Informações de Saúde para os Indicadores do Pacto da Atenção Básica, cujo modelo tem como objetivos: ler das bases nacionais os valores dos dados, gerar as séries históricas dos indicadores e tornar disponíveis as metas definidas, propiciando o acompanhamento dos indicadores do município, estado e nível federal.

O *software* de monitoramento, Simpacto, teve como objetivos agilizar o processo de pactuação, permitindo a digitação das metas e, por intermédio de uma ferramenta de geração de relatórios, desenvolver uma metodologia de acompanhamento e avaliação de desempenho dos indicadores de saúde pactuados no nível nacional. Por se tratar de um sistema *off-line* e modular e não atender às necessidades municipais específicas, desenvolveu-se um outro sistema de monitoramento do Pacto (Sispacto) para o ano de 2002. Esse sistema possibilita aos municípios e estados enviarem os dados sobre o Pacto da Atenção Básica diretamente via internet ([www.saude.gov.br/pacto2002](http://www.saude.gov.br/pacto2002)). Devido ao seu funcionamento *on-line*, o Sispacto permite que o processo de pactuação seja acompanhado e avaliado pela Secretaria Estadual e pelo Ministério da Saúde de forma simultânea e com muita rapidez.

**Tabela 1 - Distribuição dos municípios por estado e situação da pactuação, Brasil, 2000.**

Estado	Municípios				Total
	Pactuaram		Não pactuaram		
	N	%	N	%	
RS	464	99,4	3	0,64%	467
SC	293	100,0	0	0,00%	293
PR	390	97,7	9	2,26%	399
SP	621	96,3	24	3,72%	645
ES	77	100,0	0	0,00%	77
RJ	88	88,0	12	12,00%	100
MG	832	97,5	21	2,46%	853
DF	1	100,0	0	0,00%	1
GO	240	99,2	2	0,83%	242
MS	77	100,0	0	0,00%	77
BA	412	100,0	0	0,00%	412
AL	101	100,0	0	0,00%	101
PB	223	100,0	0	0,00%	223
SE	75	100,0	0	0,00%	75
MA	217	100,0	0	0,00%	217
RN	163	98,2	3	1,81%	166
AM	50	80,6	12	19,35%	62
RR	15	100,0	0	0,00%	15
AP	14	87,5	2	12,50%	16
AC	22	100,0	0	0,00%	22
<b>Total</b>	<b>4375</b>	<b>98,0</b>	<b>88</b>	<b>1,97%</b>	<b>4463</b>

Fontes: Avaliação do Pacto 2000/MS

**Tabela 2 - Distribuição dos municípios por estado e situação da pactuação, 2001/2002.**

UF	Nº de Municípios	Avaliação 2001				Pactuação 2002			
		Validado	%	Homologado	%	Validado	%	Homologado	%
AC	22	22	100	22	100	22	100	22	100
AL	102	102	100	102	100	102	100	102	100
AP	16	16	100	16	100	16	100	16	100
AM	62	62	100	62	100	62	100	62	100
BA	417	417	100	417	100	417	100	417	100
CE	184	184	100	184	100	184	100	184	100
ES	78	78	100	78	100	78	100	78	100
GO	246	236	96	235	95	244	99	244	99
MA	217	215	99	215	99	215	99	215	99
MT	139	139	100	139	100	139	100	139	100
MS	77	76	98	76	98	77	100	77	100
MG	853	841	99	840	98	853	100	853	100
PR	399	389	97	387	96	399	100	399	100
PB	223	223	100	223	100	223	100	223	100
PA	143	138	96	134	93	142	99	140	97
PE	185	185	100	185	100	185	100	185	100
PI	222	207	93	207	93	222	100	222	100
RN	167	163	98	163	97	166	99	166	99
RS	497	492	99	487	97	497	100	497	100
RJ	92	65	71	61	66	92	100	92	100
RO	52	5	91	0	0,0	52	100	52	100
RR	15	15	100	15	100	15	100	15	100
SC	293	293	100	293	100	293	100	293	100
SE	75	67	89	67	89	75	100	75	100
SP	645	635	98	635	98	644	99	644	99
TO	139	135	97	134	96	139	100	139	100
<b>Total</b>	<b>5.560</b>	<b>5.400</b>	<b>97</b>	<b>5.377</b>	<b>96</b>	<b>5.553</b>	<b>99</b>	<b>5.551</b>	<b>99</b>

FONTE: CAA/DAB/SPS

## Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002

A velocidade da expansão do PSF nos últimos anos gerou a necessidade de implementar o acompanhamento das condições de implantação e funcionamento das unidades e equipes de

saúde da família. Semelhante ao processo desenvolvido em 1999, optou-se, em 2001, pela realização do “monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família”.

Essa iniciativa atende à necessidade de se manter, como base de sustentação do PSF, um adequado processo de implantação, de modo a possibilitar a real substituição das práticas tradicionais dos serviços de atenção básica e contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Isso exige que a expansão do Programa mantenha a coerência com os seus princípios e diretrizes essenciais e seja acompanhada de adequada incorporação tecnológica, tanto em termos de infra-estrutura, quanto no campo do conhecimento para que essas equipes possam de fato reorientar o seu processo de trabalho e atingir níveis adequados de resolubilidade.

Essa pesquisa mobilizou centenas de técnicos envolvidos no trabalho do PSF em diferentes regiões do país. A metodologia adotada, de visitas a todas às equipes, produziu resultados para além dos objetivos constatados pela análise dos bancos de dados gerados. As três esferas de gestão aproximaram-se das distintas realidades enfrentadas pelos profissionais, valorizando as percepções de cada um no processo mais amplo.

Em 2001, foram entrevistadas cerca de cinco mil equipes em nove estados de todas as regiões do país. Em 2002, estendeu-se a todos os estados. A coleta de dados foi iniciada em 25 de junho de 2001 e concluída em 23 de agosto de 2002. Foram entrevistadas 100% das ESF implantadas no estado, até a data da realização da pesquisa, totalizando 13.973 ESF e 2.839 equipes de saúde bucal (ESB) em 3.778 municípios visitados.

O monitoramento tem gerado subsídios para a definição ou recondução de estratégias nos diversos níveis de gestão do SUS, responsáveis pela condução do PSF. Assim, mais do que um instrumento pontual de intervenção ou de caráter fiscalizador, esse trabalho se desdobra em discussões e projetos de aprimoramento dos mecanismos de avaliação, pautando o tema de fundamental importância no desenvolvimento das políticas de saúde.

Para tanto, foi elaborado um instrumento, composto por dois questionários, contendo questões que visavam identificar aspectos importantes da implantação do PSF, incluindo a incorporação das ações de saúde bucal. A tabulação, consolidação e análise dos dados, bem como a definição de estratégias conjuntas entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para correção dos problemas identificados ficou sob a responsabilidade do DAB/SPS.

O questionário 1 do instrumento elaborado visou avaliar os seguintes aspectos do estágio de implantação das equipes de saúde da família: caracterização/implantação da equipe (tempo de funcionamento; cobertura populacional; adscrição de população; responsabilidade territorial); infra-estrutura da unidade básica de saúde da família (área física, equipamentos, medicamentos, outros insumos); processo de trabalho das equipes (atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação nos conselhos de saúde); acesso aos serviços e procedimentos de referência (apoio diagnóstico; serviços ambulatoriais, pronto atendimento, internação hospitalar); situação dos recursos humanos (carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações, acesso a publicações). O questionário 2, direcionado às equipes de saúde bucal, abordou os mesmos aspectos.

Encontra-se em fase de elaboração o relatório consolidado com as observações mais importantes apontadas nessa etapa da pesquisa, fornecendo um panorama geral da situação do PSF no país hoje. Ao finalizar a consolidação dos dados de cada estado, o MS tornou disponíveis as informações para as Secretarias Estaduais e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. Alguns dados preliminares de 2001, referentes aos primeiros nove estados, fornecem informações que, desde já, podem contribuir significativamente para potencializar o Programa e superar os problemas, como mostrado a seguir.

Esses dados iniciais evidenciam que, com relação aos anos de funcionamento das equipes, somente 12,6% têm mais de três anos de implantação, o que demonstra o pouco tempo para a consolidação da proposta saúde da família. Por outro lado, quando se compara a realização de algumas ações, como vacinação, visitas domiciliares, atendimento médico e de enfermagem, essas variáveis aumentam a sua frequência quanto maior é o tempo de implantação das equipes. Isso pode significar uma maior incorporação dos princípios do Programa à medida que as equipes tenham mais tempo de prática conjunta.

Outro dado importante diz respeito às áreas de atuação das equipes. Constatou-se que, nesse universo inicial, 20% atuam exclusivamente em áreas rurais e 55% em áreas urbanas; 25% atuam nas duas, concomitantemente. Pode-se concluir que o PSF tem uma atuação mais expressiva em áreas urbanas, mesmo em municípios de menor porte.

Verificando os dados relativos às áreas de abrangência das equipes, um dos princípios operativos mais importantes do Programa, 90% das equipes têm área definida. Em São Paulo, esse percentual chega a 98% e, no Amapá, a 100%. Percebeu-se também que, com relação ainda à área de atuação, 70% das equipes das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste têm mapa de sua área de abrangência, enquanto que apenas 30% das equipes da região Nordeste o possuem. Considerando a importância dessa questão, outros estudos poderão aprofundá-la.

Das equipes estudadas na primeira fase, 99% possuem área física. Em cerca de 90% dos estados essa área tem: consultório médico, de enfermagem, sala de procedimentos, sala de vacina e recepção. Aproximadamente 90% delas estão em unidades com até três equipes e 63% em unidades exclusivas. Conclui-se, portanto, que atendem à orientação do Ministério de alocar, no máximo, três equipes por unidade, visto que, quando a população adstrita é muito grande, há dificuldades para a criação de vínculos efetivos com a comunidade.

Por outro lado, ainda em relação à estrutura física, e como conseqüência de um maior número de equipes sob o mesmo espaço, a quantidade de consultórios médicos e de enfermagem vai ficando reduzida à medida do aumento destas equipes. Apesar de o Ministério repassar incentivos financeiros para a aquisição de equipamentos para as unidades no momento da implantação das equipes, observou-se dificuldades em algumas regiões, como nos estados do Norte, Nordeste e Centro Oeste, com carência de equipamentos básicos para a atuação das equipes.

Levando-se em conta as questões de recursos humanos, na média dos nove estados analisados inicialmente, 30% dos médicos e 34% dos enfermeiros têm contratos de acordo com a CLT ou são estatutários. Nos estados do Norte e do Nordeste, apenas 15% das equipes têm seus vínculos regularizados conforme essas modalidades. Nos estados do Sudeste e do Sul, esse percentual alcança a marca dos 70%. Constata-se assim, como já foi analisado no estudo “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família” (MS e Fiocruz-2000), a grande multiplicidade de vínculos dessas categorias profissionais, fato que merece estudos mais aprofundados, buscando, para além das questões legais, que outros fatores têm influenciado nas formas de contratação.

Uma das queixas freqüentes dos gestores municipais tem sido a rotatividade de médicos e enfermeiros. Com base nos dados relativos ao tempo em que os profissionais atuam no Programa, nota-se que, apesar de 45% das equipes terem menos de um ano de funcionamento, é bastante alto o índice (70%) de médicos e enfermeiros que estão nelas também a menos de um ano. Esse dado pode estar apontando para mudanças de uma equipe para outra desses profissionais, confirmando a hipótese de alta rotatividade.

Quanto às ações desenvolvidas, os dados mostram que 80% dos profissionais das equipes participam das reuniões regulares; 50% participam de reuniões com a comunidade; 76% dos

enfermeiros; e 63% dos médicos realizam atividades educativas com grupos de usuários como rotina de suas práticas. Mais de 80% das equipes prestam assistência a hipertensos e diabéticos. No entanto, com relação à assistência em hanseníase e tuberculose, 50% e 62% das equipes fazem diagnóstico destes agravos respectivamente, e 25% fazem o tratamento do primeiro e 30% o do segundo. É provável que o fato de esses programas terem uma tradição vertical e centralizada esteja dificultando a sua descentralização. Vale ressaltar a importância de uma política estadual nesse sentido, como é o caso de Tocantins, onde 85% das equipes fazem o diagnóstico dessas enfermidades e 74% e 31% fazem o tratamento da hanseníase e tuberculose, respectivamente.

No que se refere ao processo de capacitação das equipes, áreas importantes como a saúde da mulher e da criança, tuberculose e hanseníase têm tido baixa cobertura (somente 30% das equipes relatam terem sido capacitadas nestas áreas). Isso remete à necessidade de impulsionar o processo de descentralização dos Pólos de Capacitação como estratégia importante para ampliar efetivamente o número de profissionais preparados e habilitados a novas práticas de saúde.

Apesar de a análise acima estar ainda bastante incipiente, em função de ser uma primeira abordagem dos dados, o monitoramento das equipes de saúde da família é, sem dúvida, um importante referencial que permitirá avaliar melhor o Programa. Consideradas as inúmeras possibilidades de focar esse objeto, espera-se tornar disponíveis os bancos de dados que sirvam a novas análises para a geração de informações relevantes ao fortalecimento da proposta. Em consequência, a expectativa é a ampliação das potencialidades de análise, agregando resultados obtidos em nível local e fundamentando intervenções diretamente relacionadas ao modelo de atenção que se pretende transformar.

Para o enfrentamento das inadequações encontradas, relacionadas às condições necessárias para garantir a resolubilidade e qualidade no processo de trabalho junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, têm sido tomadas as providências necessárias. Elaborou-se uma agenda que definiu as competências relativas à gestão da avaliação em cada uma das esferas envolvidas. Esse processo desencadeou uma reflexão sobre o desempenho do Programa em cada estado envolvendo suas respectivas coordenações do Pacs/PSF.

## Estudos e pesquisas

Entre os estudos e pesquisas acompanhados pelo DAB/SPS, cabe destacar, inicialmente, aquela realizada com o objetivo de desenvolver metodologia para apuração e determinação dos custos do Programa em municípios selecionados em cinco regiões do país, o custo por habitante, o custo unitário do atendimento dos profissionais, o custo da equipe ampliada e o custo médio do PSF no município, na região e no Brasil. Essa pesquisa já foi concluída e o relatório encontra-se em análise na SPS e na Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/MS. Nesse âmbito ainda, concluiu-se um outro estudo visando determinar e avaliar, qualitativa e quantitativamente, os custos da parte fixa do Piso da Atenção Básica e o seu impacto no sistema de saúde local. Também concluído, os resultados estão em avaliação na SPS para posterior encaminhamento ao Conselho Nacional de Saúde que realiza, no momento, estudo sobre custos em saúde.

No tocante a recursos humanos, concluiu-se pesquisa relativa ao desenvolvimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família, promovida com o objetivo de contribuir para o aprimoramento dos programas de capacitação, de modo a minimizar as dificuldades de escassez de recursos humanos qualificados.

Encontra-se em estágio de finalização a metodologia do estudo acerca do impacto da im-

plantação das equipes de saúde bucal no PSF, que visa avaliar o impacto desta inserção, considerando recursos alocados, processos e resultados, incluindo a abrangência geográfica e populacional e as tecnologias empregadas. O Comitê Técnico Científico de Saúde Bucal, que vem trabalhando na metodologia do estudo, optou por encaminhar primeiramente uma avaliação da implantação das equipes de saúde bucal no PSF, mediante o monitoramento das equipes de saúde da família. Também se encontra em fase de preparação o estudo acerca da avaliação da implantação e funcionamento do PSF, por estado, destinado a analisar as ações e o processo de trabalho das equipes implantadas até dezembro de 1998, bem como o que busca avaliar, nos estados e capitais conveniados com o Reforsus, os efeitos dos investimentos na implantação do PSF.

Além dessas, outras três pesquisas foram promovidas e estão relacionadas ao Projeto de Apoio ao Fortalecimento e Consolidação do Programa de Saúde da Família (Proesf), acordo de empréstimo do Banco Mundial, que foi aprovado em 2002. A primeira pesquisa objetiva conhecer o funcionamento dos sistemas municipais de saúde implantados nos municípios com mais de 100 mil habitantes e o papel do PSF na reorganização da atenção básica, bem como criar indicadores de monitoramento do processo de implantação do Programa nestes municípios e formular recomendações para o aperfeiçoamento deste processo. Atualmente, já está concluído o relatório parcial que apresenta a metodologia adotada para a criação de uma tipologia dos municípios com mais de 100 mil habitantes segundo seu modelo de atenção básica (Parte I) e PSF (Parte II). Estão sendo analisados e consolidados os dados referentes a questionário enviado aos secretários municipais e coordenadores do PSF dos municípios com mais de 100 mil habitantes para conclusão do estudo.

A outra pesquisa refere-se à avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos, que compreende 10 estudos de casos para analisar facilitadores e limitantes da estratégia de saúde da família nestes centros. Essa pesquisa está concluída e os resultados estão em análise pelo DAB/SPS. A terceira e última pesquisa no âmbito do Proesf, igualmente concluída e em avaliação, refere-se à análise da reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades, padrões de custo e formas de financiamento, com vistas a ampliar a discussão conceitual sobre a avaliação da estratégia de ampliação de cobertura por meio dos programas de atenção básica no Brasil.

## Acompanhamento da implantação da Noas

O DAB/SPS acompanha o processo de implantação da Noas por intermédio de uma equipe que atua em conjunto com o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência da SAS. Em alguns estados, esse trabalho tomou um caráter de parceria e cooperação efetiva, com contribuição para o nível estadual e para o MS na medida em que esses avanços podem ser transmitidos aos outros estados e as discussões geram aprimoramento do trabalho do DAB.

A maior preocupação desse acompanhamento foi valorizar e aproveitar a inserção da atenção básica na Noas, avançando na discussão junto aos estados de como transformar o discurso e a Norma em efetiva organização dos serviços. É importante destacar também o papel desse acompanhamento no apoio à implantação do PSF em grandes municípios, que apresentam novas demandas, características de grandes centros urbanos.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção Básica (PPI) foi regulamentada pela Portaria N.º 483, de abril de 2001. A proposta de uma PPI já constava da NOB 96, mas não havia sido implantada efetivamente, exceto por experiências pontuais em alguns estados. Para operacionalizar

a PPI como um instrumento nacional, o Ministério da Saúde tratou de desenvolver e tornar disponível um *software* que contemplasse vários aspectos do processo de programação, iniciando-se pela Agenda de Saúde e o Pacto da Atenção Básica e chegando à programação das ações propriamente ditas na atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial, programação hospitalar e do tratamento fora do domicílio, entre outros componentes.

A programação da atenção básica, além de compor o escopo global da PPI, possui especificidades que buscam apontar novas diretrizes para o processo de programação. A construção desse instrumento iniciou-se em 2001, a partir da idéia de que era necessário avançar na elaboração de uma programação que não se pautasse exclusivamente na série histórica de produção. Propunha-se que incorporasse, no mínimo, as necessidades normativas apontadas pelas áreas técnicas para a atenção básica, bem como o que seria necessário e suficiente de suporte da média complexidade para atender a estrangulamentos de serviços de suporte, apontados pela atenção básica.

A proposta evoluiu inicialmente para inclusão de coberturas por áreas programáticas considerando que, para algumas delas, como a vacinação, era necessária a utilização da base total da população, enquanto para outras a cobertura poderia variar de acordo com a prioridade dos gestores. Após essa decisão, ficou patente a necessidade de definir a prevalência de alguns agravos que alteravam significativamente a programação, e também qual era a cobertura esperada para cada um destes agravos.

Nesse processo, também foi construída uma planilha resumo que calculava automaticamente o total de consultas médicas, procedimentos médicos básicos, consultas de enfermagem, ações do auxiliar de enfermagem, reuniões de grupo, visitas do agente comunitário, entre outros. Esse rol de ações deveria ser compatível com o que uma equipe de PSF teria que fazer para uma população média de 3.450 habitantes. A totalização da programação demonstrou nas simulações cerca de 1,4 a 1,6 consulta hab/ano por município, o que significava entre 400 e 500 consultas por médico/equipe /mês no PSF.

Outra planilha resumo, sugerida e incorporada, calculava a necessidade de exames de laboratório e ultra-sonografia obstétrica para o cumprimento dos protocolos de atendimento de pré-natal, hipertensão e diabetes. Para esse cálculo, foram utilizados os protocolos do Manual para Organização de Laboratórios Clínicos, produzido pela SAS. A primeira versão eletrônica foi colocada à disposição dos estados a partir de maio de 2002.

Buscou-se elaborar uma proposta de parâmetros, como subsídio à programação da atenção básica, norteadas pela lógica das necessidades de serviços para a população. Para a construção dessa proposta, levou-se em conta a cobertura e concentrações ideais segundo normas técnicas do Ministério da Saúde, consensos de especialistas, publicações de organismos internacionais, programações já realizadas por secretarias estaduais e municipais nos últimos anos e estudos de série histórica nacional de produção de procedimentos para os itens de urgência básica, no ano 2000, orientado pelas áreas técnicas específicas.

O detalhamento da proposta permite uma programação mais minuciosa dos serviços, destacando-se, em cada um dos ciclos de vida e agravos principais, suas prioridades, reservando-se uma parte das ações à demanda espontânea. Para a ampliação da resolubilidade da atenção básica, também foram consideradas ações relacionadas à urgência clínica básica, às pequenas cirurgias ambulatoriais, às ações de odontologia, entre outras, que compõem o elenco de procedimentos do Piso da Atenção Básica Ampliada (PAB-A). A proposta buscou a flexibilização de todos os parâmetros para que cada município faça as adaptações necessárias ao perfil etário de sua população e à realidade epidemiológica do território municipal.

Essa proposta foi concluída em maio de 2001 e passou a compor o instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI). Atualmente, vários estados e municípios já realizaram suas programações baseadas nesse instrumento. Em 2002, alguns parâmetros foram revistos e a nova versão estará concluída até o fim deste ano. A partir desse trabalho, e percebendo a necessidade de flexibilização e da criação de um instrumento de programação para as equipes de PSF e para as unidades básicas de saúde, iniciou-se o desenvolvimento de um outro trabalho específico para a programação das equipes.

## Habilitação

Todos os processos de habilitação de estados e municípios, segundo a Noas, precisam demonstrar, em seu conteúdo, o cumprimento dos requisitos de atenção básica, conforme explicitados nesta Norma e detalhados na Portaria N.º 2.215, de 5 de dezembro de 2001. É perceptível o reforço da importância da atenção básica em relação à agenda política dos gestores, pela vinculação de cumprimento dos quatro componentes de avaliação, listados na referida Portaria, como condição para habilitação.

A atenção básica assume assim um relevante papel de co-partícipe na execução das políticas de saúde, como porta de entrada do sistema, como importante etapa no processo de regulação e como otimizadora das ações de saúde, por permitir a utilização dos recursos de maior complexidade para os casos indicados.

A proposta de avaliação normativa contida na Portaria, em que pese suas limitações – em especial, pelas dificuldades na coleta de dados para análise –, trouxe à tona algumas discussões importantes. Uma delas foi o movimento de sistematização de informações de vários bancos de dados em nível nacional, relacionados direta ou indiretamente à atenção básica, que até então não havia ocorrido. Essa sistematização de dados, a sua transformação em informações e a divulgação destas informações têm gerado ações efetivas.

Uma outra foi a articulação entre áreas técnicas relacionadas à atenção básica, desencadeado em muitos estados em busca de um melhor desempenho no processo global de acompanhamento, constituindo fator estimulador inclusive de mudanças estruturais em algumas SES. Em vários estados, observou-se a aproximação de áreas de planejamento, controle e avaliação, áreas técnicas de programas das coordenações de atenção básica que há pouco tempo nem existiam.

A valorização substancial do Pacto de Atenção Básica é outro aspecto a ressaltar, verificada na preocupação dos gestores municipais e estaduais com as metas a serem pactuadas. As mudanças no processo de pactuação, aliadas à avaliação de dois indicadores exigidos para habilitação, desencadearam discussões importantes sobre a responsabilidade dos gestores neste processo.

## Capacitação de recursos humanos

A consolidação do PSF sempre esteve condicionada, entre outros fatores, à disponibilidade de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados à estratégia do Saúde da Família, alicerçada na prática multiprofissional e interdisciplinar. Portanto, todos os profissionais que integram as equipes precisam ser preparados para o exercício de atividades que caracterizam um novo processo de trabalho. Para tanto, o Ministério investiu na possibilidade de influenciar na capacitação e formação dos profissionais que trabalham ou trabalharão nas equipes de saúde da família.

Assim, em 1996, foi proposto aos serviços e às instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação/formação, direcionado à estratégia de saúde da família, pudesse ser concretizado. Com recursos provenientes inicialmente do Reforsus, foi publicado no Diário Oficial da União, em dezembro de 1996, o primeiro edital para a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família. Na ocasião, as SES encaminharam 21 propostas ao Ministério, das quais 11 foram selecionadas pela Comissão de Análise.

Como resultado desse processo e do aumento expressivo da implantação de equipes no país, o Ministério da Saúde publicou, em outubro de 1998, novo edital de convocação, cuja análise, ocorrida em 1999, aprovou 10 propostas como Pólo entre as 32 propostas recebidas. Em 1999 ainda, houve a incorporação de estados da região Norte e de alguns do Nordeste que não haviam sido contemplados, perfazendo, atualmente, um total de 30 Pólos em atividade, que cobrem todas as unidades da federação. Atualmente, são 187 as instituições componentes dos Pólos em todo o país, sendo 116 Instituições de Ensino Superior e 71 serviços de saúde. Mediante planejamento conjunto, as instituições que participam do Pólo de Capacitação programam os seus cursos de acordo com as necessidades locais e regionais dos serviços, considerando a expansão das equipes e as necessidades de saúde da população, segundo o perfil epidemiológico.

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente do Pessoal do PSF são definidos como resultado da articulação de uma ou mais instituições voltadas à formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Vinculados às universidades ou instituições de educação superior, que se consorciam ou celebram convênios com secretarias estaduais e ou secretarias municipais de Saúde, os Pólos implementam programas destinados ao pessoal vinculado à saúde da família e à atenção básica. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltadas ao atendimento da demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de saúde da família e a organização da atenção básica.

Os Pólos, entendidos como estratégia operacional para adequação e desenvolvimento de habilidades dos profissionais na abordagem da atenção integral, foram concebidos de forma a desenvolverem as suas ações em três níveis: capacitação, formação e educação permanente. O que se pretende é a geração de iniciativas autônomas que articulem, simultaneamente, as instituições de ensino e o SUS nos níveis estadual e municipal.

Os Pólos de Capacitação têm como objetivo final estruturar o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família, bem como apoiar os processos de inovação no ensino da graduação e pós-graduação *lato sensu*, visando fortalecer a atenção básica no SUS. Portanto, o apoio dos Pólos aos programas estruturantes, como o de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico (Promed) e o de Interiorização do Trabalho em Saúde, é de fundamental importância.

Para desenvolver as ações nas suas três vertentes de atuação, os Pólos têm trabalhado com o desenvolvimento de ações de curto, médio e longo prazos que são:

- oferta de curso introdutório para os profissionais que compõem as equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e outros);
- oferta e ou apoio a cursos de capacitação para o agente comunitário de saúde;
- implantação da capacitação para formação de instrutores/supervisores do Pacs/PSF;
- desenvolvimento de programas de educação permanente em saúde destinado às equipes de saúde da família, priorizando as áreas apontadas pela Noas;

- desenvolvimento de capacitações em AIDPI, DST/HIV e aids e a oferta de capacitação no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab);
- desenvolvimento de capacitações das equipes para abordagem integral nas etapas do ciclo de vida do indivíduo (saúde da criança, do adolescente e jovem, da mulher, do adulto e do idoso);
- implantação e ou apoio a cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência em saúde da família) para os profissionais das equipes;
- incentivo e apoio a inovações curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, principalmente medicina, enfermagem e odontologia.

## Acompanhamento e avaliação dos Pólos de Capacitação

Desde a implantação, estabeleceu-se uma interlocução entre os Pólos e o DAB, por intermédio de encontros regionais, nacionais e diferentes reuniões técnicas, contando com a participação de um grande número de profissionais entre coordenadores, docentes, assessores e técnicos dos vários estados para apresentação, discussão e avaliação das atividades realizadas pelos Pólos e a pactuação de estratégias de atuação. Além disso, o DAB/MS desenvolve trabalho de monitoramento dos Pólos de Capacitação por meio dos relatórios físico-financeiros que são enviados quadrimestralmente, cuja compilação de dados expressa, num primeiro momento, a sua produção.

Os dados obtidos pelo levantamento dos cursos de capacitação realizados demonstram um processo de evolução e crescimento da oferta destes cursos pelas instituições parceiras que, embora insuficientes, refletem o esforço dos Pólos em dar resposta ao acelerado processo de implantação de equipes de saúde da família nos últimos anos.

### Quadro I - Levantamento da Produção dos Pólos de Capacitação no período de 1998 a 2001.

CURSOS	NÚMERO DE CURSOS REALIZADOS	NÚMERO DE EGRESSOS
Curso Introdutório para ESF	1833	48.866
Curso Introdutório para ACS	1.344	23.990
Formação de Instrutores Pacs/PSF	547	5.666
AIDPI	352	5.496
Ciclos de Vida	340	11.864
Siab	551	8.812
Eventos Variados Atividades voltadas ao ensino de graduação	2.246	68.537
	2.434	13.629
<b>TOTAL</b>	<b>9.647</b>	<b>186.860</b>

Fonte: Relatório Físico - Financeiro de Acompanhamento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família

Uma outra forma de acompanhamento dos Pólos de Capacitação ocorreu por intermédio da realização de pesquisa de avaliação, realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp (Nepp). Dessa pesquisa, cabe destacar um dos aspectos analisados relativo ao grau de

eficácia do modelo “Pólo” como mecanismo de disseminação da capacitação de pessoal para a saúde da família, a partir de eixos de análise e indicadores. A análise dos resultados indica o posicionamento dos Pólos, de acordo com uma classificação em graus: baixo, médio e alto, em cada uma das dimensões analisadas.

Com relação à primeira dimensão analisada, Relação Pólo/PSF - Inovação X Reprodução, oito dos 12 Pólos estudados foram classificados como alto grau e enquadraram-se como executores de importantes recursos na implementação de práticas inovadoras, na institucionalização, articulação e processo decisório. Quanto à segunda dimensão, Relação Ensino X Serviço, oito dos 12 Pólos estudados destacaram-se por desenvolver projetos institucionais de ensino pró-ativo, em que a oferta antecipa ou cria a demanda. Na terceira dimensão - Composição: Instituições Participantes e Estrutura Organizacional - 50% dos Pólos analisados apresentaram interação ou integração entre ensino-serviço, com participação de instâncias de representação e parcerias na condução do trabalho. Na quarta dimensão, Atividades: Diversificação, Abrangência e Adequação, 50% apresentaram um grau alto. A quinta dimensão refere-se ao impacto na graduação que, segundo a avaliação, é baixo o desempenho dos Pólos analisados, visto que apenas dois deles apresentam um alto desempenho neste tipo de impacto e, em outros cinco, é médio.

Quanto ao relacionamento com as instâncias estaduais e municipais, sete Pólos apresentam um grau intenso de relação e somente um revela relacionamento restrito ao necessário. No que concerne à dimensão regionalização/descentralização, sete Pólos apresentam um grau médio e alto, com a existência de núcleos de capacitação, cursos descentralizados e articulação com instâncias regionais e locais. Já a dimensão sistemas de monitoramento e avaliação é precária, posto que nenhum Pólo apresentou um grau alto neste item. Por fim, a dimensão impacta nas instituições alcança um grau alto em cinco Pólos estudados e médio em três.

## Especialização e residência multiprofissional em saúde da família

Os dados de julho de 2002 apontam que cerca de 35 mil profissionais de nível superior atuam no PSF, distribuídos em 15.867 equipes básicas e 3.645 equipes de saúde bucal. Apesar desse grande número de profissionais em serviço, eles ainda se encontram insuficientemente qualificados para as mudanças das práticas esperadas, o que demanda, portanto, a expansão do processo de qualificação para além dos cursos introdutórios ou de outras capacitações em serviço.

Em 2000, foi lançada uma convocatória para as instituições de ensino superior, visando a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* nas modalidades de especialização e de residência multiprofissional em saúde da família. Mediante processo licitatório, várias instituições apresentaram seus projetos e, até setembro de 2002, estavam em andamento 55 cursos de especialização e 25 residências multiprofissionais, com previsão de formar, respectivamente, 3.380 especialistas e 405 residentes em saúde da família. Pretende-se com essa expansão:

- contribuir para formar profissionais de saúde que compreendam os princípios e diretrizes do SUS;
- formar profissionais capazes de atuar em consonância com os princípios e diretrizes da estratégia de saúde da família;
- formar profissionais com capacidade crítico-reflexiva sobre os determinantes do processo saúde-doença e os modelos de atenção à saúde;
- constituir uma estratégia de fortalecimento dos processos de articulação e parceria entre o MS, SES, SMS e Instituições de Ensino Superior;

- atuar como estratégia de estímulo e fortalecimento à inclusão de diferentes áreas do saber que fazem interface direta com a saúde coletiva no processo de formação dos profissionais de saúde;
- desenvolver ações que criem oportunidades de abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde;
- estimular práticas que focalizem a integração entre as abordagens coletiva, individual e epidemiológica dos problemas e necessidades de saúde;
- estimular práticas que permitam a integração entre alunos de especialização e graduação, de modo a fomentar processos que contribuam para mudanças no ensino de graduação da área de saúde;
- estabelecer vínculos com a pós-graduação *stricto sensu*, principalmente no âmbito de desenvolvimento de linhas/programas de pesquisa, no intuito de fomentar a produção e sistematização do conhecimento na área.

Considerando a densidade e amplitude de tal projeto, foi instituída, em 2001, uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, integrada por profissionais de saúde e docentes de diferentes estados que atuam direta ou indiretamente no PSF, em cursos de graduação e pós-graduação, grupos de pesquisa ou Pólos de Capacitação.

#### **Quadro II – Distribuição dos cursos de especialização em saúde da família contratados pelo processo de licitação. Brasil, 2002.**

<b>REGIÃO/UF</b>	<b>INSTITUIÇÃO FORMADORA</b>	<b>Nº DE TURMAS</b>	<b>Nº DE ALUNOS</b>
<b>NORTE</b>	-	<b>7</b>	<b>270</b>
Acre	Univ.Federal AC	1	50
Amapá	Univ.Federal AP	1	30
Amazonas	Univ.Federal AM	1	30
Pará	Univ.Federal PA	1	40
Rondônia	Univ.Federal RO	1	60
Roraima	Univ.Federal RR	1	20
Tocantins	Univ.Federal GO	1	40
<b>NORDESTE</b>	-	<b>15</b>	<b>668</b>
Bahia	UEFS	1	40
	Fapex	1	90
Ceará	Cetrede/UFC	1	40
	Uece	2	80
	Cetrede/ESP	2	80
Maranhão	F.Souzândrade	2	105
Paraíba	Funape	1	30
Rio Grande do Norte	Univ.Federal RN	1	30
Pernambuco	SES-PE	2	80
Sergipe	Univ.Federal SE	1	45
Piauí	Univ.Federal PI	1	48

<b>CENTRO-OESTE</b>	-	<b>5</b>	<b>152</b>
Distrito Federal	Finatec	2	72
Goiás	SES-GO	1	20
Mato Grosso	SES-MT	1	30
Mato Grosso do Sul	SES-MS	1	30
<b>SUDESTE</b>	-	<b>16</b>	<b>1.795</b>
São Paulo	Funcamp	1	35
	Unesp	1	80
	F.Zerbini	1	180
	F.UNI	1	70
	USP/SJRP	1	60
Espírito Santo	Fensptec	1	30
Minas Gerais	Fundep	1	680
	Fadenor	1	120
	Fadepe/JF	1	70
	FMTM	1	90
Rio de Janeiro	Cepesc	6	380
<b>SUL</b>	-	<b>12</b>	<b>495</b>
Paraná	Funpar	2	90
	Hutec	1	40
	Unioeste	1	40
Santa Catarina	Furb	1	60
	Fapeu	1	56
Rio Grande do Sul	Univ.S.C.Sul	1	45
	Faurgs	1	30
	Fidene	1	40
	UPF	1	30
	UCS	1	30
	Faurg	1	34
<b>TOTAL</b>	-	<b>55</b>	<b>3.380</b>

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE / Reforsus  
SPS/DAB E SIS

### Quadro III – Distribuição dos cursos de residência em saúde da família contratados pelo processo de licitação. Brasil, 2002 .

REGIÃO/UF	INSTITUIÇÃO FORMADORA	Nº DE TURMAS	Nº DE ALUNOS
<b>NORDESTE</b>	-	<b>6</b>	<b>113</b>
Alagoas	Univ.Federal	1	10
Bahia	Fapex	1	30
Ceará	Cetrede/ESP	1	20
	P. Sobral	1	25
Paraíba	Funape	1	12
Pernambuco	Imip	1	16

<b>CENTRO-OESTE</b>	-	<b>4</b>	<b>61</b>
Distrito Federal	Funsaude	1	20
Goiás	Univ. Federal	1	20
Mato Grosso	SES-MT	1	12
Mato Grosso do Sul	SES-MS	1	9
<b>SUDESTE</b>	-	<b>10</b>	<b>145</b>
São Paulo	Funcamp	1	9
	Unesp	1	12
	F.UNI	1	20
	Santa Marcelina	1	20
Minas Gerais	Fundep	1	20
	Fadenor	1	18
	Fadepe/JF	1	18
Rio de Janeiro	Cepesc	1	12
	Funag	1	10
	Feso	1	6
<b>SUL</b>	-	<b>5</b>	<b>86</b>
Paraná	Funpar	1	20
	Unioeste	1	18
Santa Catarina	Furb	1	20
	Fapeu	1	18
Rio Grande do Sul	F.U.Pelotas	1	10
<b>TOTAL</b>	-	<b>25</b>	<b>405</b>

FORNTE: FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE / Reforsus  
SPS/DAB e SIS

## Consolidação do processo de capacitação - Plano Nacional de Descentralização

O aumento no número de equipes de saúde da família, no período de 1998 a 2002, foi de fato bastante acelerado, correspondendo a 425% (de 3.083 equipes, em 1998, para 16.192, em 2002). De 1997 a 2002, o Ministério da Saúde repassou para os Pólos de Capacitação R\$ 25,2 milhões por meio de convênios financiados com recursos do Reforsus e do Tesouro.

Nas avaliações dos Pólos de Capacitação, realizadas pelo Nepp/Unicamp e pelo próprio DAB/SPS, por intermédio do Monitoramento das Equipes de Saúde da Família, identificou-se uma baixa institucionalização dos Pólos; percentual elevado de Pólos que apresentam centralização e baixa articulação com instâncias regionais e locais, para o desenvolvimento de processo de capacitação; necessidade de que as capacitações sejam feitas ao nível local, com adequação dos conteúdos; e oferta insuficiente de cursos.

A expansão do PSF em todo o país e a sua implantação em municípios de médios e grandes portes, particularmente naqueles com população acima de 100 mil habitantes, resultarão num crescimento da ordem de 166%, no número de equipes neste universo de municípios, entre os anos de 2000 e 2003, exigindo assim uma ação mais estruturada, voltada para a formalização e expansão das estratégias de educação permanente para os profissionais das equipes de saúde da família.

Para superar as carências de formação do pessoal do nível médio, o Ministério da Saúde criou o Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem (Profae). Mais de 70 mil enfermeiros estão em formação em 26 estados, muitos dos quais integrantes das equipes de saúde da família, gerando um impacto significativo na sua capacitação. Além disso, inúmeros enfermeiros ligados ao Pacs e PSF participam de curso de especialização, em metodologia de ensino, oferecido por esse Programa.

Incrementar o processo de educação permanente é fundamental para tornar mais efetiva a ação das equipes em torno dos principais problemas de saúde das comunidades atendidas (controle da hipertensão e da diabetes, atenção à saúde da criança, eliminação da hanseníase etc.). Essa medida é necessária tendo em vista a inadequação dos atuais currículos da área da saúde, particularmente das escolas médicas (objeto de uma intervenção específica por meio Promed, em desenvolvimento). Além da intervenção no nível da graduação, está em desenvolvimento também a estratégia de criação e implementação de cursos de pós-graduação na atenção básica (especialização e residência).

Implementar essas ações também é essencial como contribuição à captação e fixação dos profissionais das equipes, visto que um dos principais problemas apontados pelos gestores na contratação ou fixação dos médicos, é a inexistência de profissionais com perfil adequado e a insegurança destes profissionais na abordagem clínica dos problemas prioritários de saúde.

É importante citar o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, implantado a partir de junho de 2001, que busca construir uma estratégia de atração e fixação dos profissionais da atenção básica em comunidades que apresentam dificuldades de acesso a serviços de saúde. Esse Programa estimula, de forma planejada, a interiorização da força de trabalho em saúde para o fortalecimento da atenção básica em áreas de reconhecida carência socioeconômica e sanitária, utilizando a estratégia de saúde da família e promovendo a educação continuada em serviço como garantia de continuidade e sustentação deste Programa.

Os cursos de especialização do Programa de Interiorização têm uma estrutura modular, com atividades presenciais e de dispersão que são acompanhadas pelo sistema de tutoria, com momentos de acompanhamento a distância. Essa modalidade de formação articula ensino e serviço, respondendo às necessidades de formação dos profissionais envolvidos.

Cabe destacar também o Projeto de Fortalecimento e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), que tem como objetivos principais a implementação e ou expansão do PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes, elevando a qualificação do processo de trabalho, melhorando o desempenho do Programa, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população usuária. A sua citação, neste âmbito, é apenas como referência de sustentação para a estratégia de descentralização do processo de capacitação dos profissionais do Saúde da Família, visto que é objeto de abordagem adiante.

O Proesf contempla três componentes que agrupam diferentes linhas de ação. O primeiro componente é de apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde; o segundo, é voltado para o desenvolvimento de recursos humanos; e o terceiro visa o monitoramento e a avaliação da atenção básica. No tocante a recursos humanos, a proposta do Proesf é promover, por intermédio dos Pólos de Capacitação, a articulação das instituições de ensino e serviços; implementar mudanças curriculares nas escolas de medicina e de enfermagem; propiciar adesão e fixação de profissionais nos diferentes serviços e localidades; implementar programas de educação a distância e tutoria virtual; investir na formação e capacitação de profissionais de nível médio, direcionando programas para abordagem integral e contextualizada do processo saúde-doença. Propõe, ainda, avaliar a

implementação, funcionamento e desempenho dos Pólos de Capacitação e programas de formação e capacitação de recursos humanos; desenvolver metodologias de acreditação dos Pólos e programas de formação e capacitação de recursos humanos.

Todas essas ações ocorrem mediante amplo processo de descentralização nas estruturas institucionais de capacitação. É dentro desse contexto que se situa a proposta de Plano Nacional de Descentralização para Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família, que constitui uma das estratégias para a melhoria do processo de qualificação. Seu objetivo é descentralizar a estrutura institucional de capacitação das equipes de saúde da família, visando adequar, qualitativa e quantitativamente, a oferta de cursos introdutórios e de programas de educação permanente em saúde que contribuam para a resolubilidade da atenção básica no SUS.

As ações propostas nesse Plano para a implementação dos Pólos de Capacitação incluem:

- institucionalização dos Pólos Estaduais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família, buscando a redefinição das responsabilidades e a reorientação do processo de articulação entre as SES e SMS e as Instituições de Ensino Superior e Médio, mediante a elaboração e pactuação de uma agenda de capacitação que melhor atenda às necessidades do respectivo estado;
- implantação de Pólos Regionais de Capacitação com coordenação única nas unidades federadas, buscando contribuir para a descentralização e a agilização do processo de capacitação das equipes da saúde da família e fortalecendo a atenção básica;
- descentralização de recursos para os municípios, destinados à capacitação de recursos humanos para a saúde da família, buscando potencializar o processo de capacitação das equipes. O Plano estabelece a descentralização de recursos, mediante a criação de um incentivo financeiro aos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, que tenham equipes de saúde da família já implantadas e que estejam regulares na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (Siab);
- ampliação da formação de instrutores para a capacitação de recursos humanos em saúde da família, com o objetivo de desenvolver as capacitações de forma descentralizada. Dessa forma, os Pólos Estaduais e Regionais deverão identificar profissionais com perfil para atuar como instrutores.

## Formação dos agentes comunitários de saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) representa um dos maiores avanços recentes na história da saúde pública no Brasil, sendo inovador quando estimula a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de saúde. Em razão de seu pioneirismo e de seu caráter inovador, esse Programa acabou enfrentando dificuldades, sendo exemplo a forma jurídica da contratação dos ACS. As características especiais da atuação dos ACS geram diversas indagações quanto a sua natureza jurídica, isto é, sua forma de vinculação e contratação com o poder público.

Como a execução das políticas de saúde está afeta à órbita municipal, cabe ao ente local a responsabilidade pela contratação dos agentes. Assim, cada município adotou diferentes formas de contratação, resultando em um grande elenco de alternativas, muitas das quais não reconhecem os direitos trabalhistas previstos na Constituição Federal e legislação ordinária, própria do regime CLT, ou mesmo quaisquer outros tipos de direitos, ainda que sob regime estatutário.

Desde a origem do desenho do Pacs, em 1991, essa questão tem sido objeto de atenção dos gestores do SUS, preocupados em encontrar formas de vinculação e contratação dos agentes comunitários de saúde, cujo desafio sempre destacado foi o de assegurar os princípios e diretrizes

do Pacs, essência de seu sucesso – com os direitos dos ACS – em um mundo do trabalho em que as leis são rígidas e pouco apropriadas às inovações.

Diante do problema, o Ministério da Saúde, em parceria com o Programa Comunidade Solidária, incentivou a criação, em 1997, de um grupo de trabalho, integrado por representantes da Casa Civil da Presidência da República, pelos Ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social, pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e pela Secretaria Federal de Controle do Ministério da Fazenda, para discutir e elaborar um documento com orientações aos gestores municipais, sobre as possíveis alternativas para vincular e contratar os ACS, respeitando as suas premissas.

O produto desse trabalho foi publicado pelo Ministério da Saúde e pela Comunidade Solidária na cartilha Prefeito Solidário - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Embora tenha representado um importante instrumento de apoio aos gestores municipais, esse documento serviu apenas como balizador da problemática. O Ministério da Saúde promoveu a implementação de outros estudos e tentativas para a solução do problema de vinculação, um dos quais desenvolvido por uma Comissão Temática Mista, constituída em 2000, e composta por membros do Ministério Público do Trabalho e representantes do Ministério da Justiça e do MS.

Em 2002, foi publicada cartilha com o tema “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde - Um Pacto Tripartite”, cujo objetivo central é oferecer subsídios para que os prefeitos, ao lado de sua assessoria jurídica e do secretário municipal de saúde, pudessem conhecer os avanços na legislação para o terceiro setor, consubstanciado na Lei N.º 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria, como uma das alternativas para o enfrentamento do problema de contratação.

Outra medida de reconhecimento social do trabalho dos ACS foi a edição do Decreto Presidencial N.º 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde, definida como de relevância pública, e, posteriormente, a elaboração de projeto de lei para a regulamentação do exercício da profissão, mantidas as suas características básicas e nucleares e que culminou na aprovação da Lei N.º 10.507, de 10 de julho de 2.002. Essa Lei contempla as questões essenciais para os Agentes Comunitários de saúde, quais sejam a definição de vínculo e a qualificação.

Levando em conta a especificidade do trabalho do agente comunitário, a Lei N.º 10.507 estabelece a exigência de que o ACS resida na área onde vai atuar e determina que este trabalho ocorra, exclusivamente, no âmbito do SUS. Isso traz implicações próprias para a questão do processo seletivo, vinculando a qualificação básica com o processo de seleção. Assim, com a publicação dessa Lei, a questão da qualificação básica tornou-se uma exigência para que os ACS iniciem suas atividades. O MS considera que essa qualificação básica é parte do processo de formação do agente, que deve ser permanente e ocorrer em serviço, de acordo com as necessidades e demandas da realidade onde ele atua. Em função disso, desencadeou-se uma série de medidas, que estão em discussão e que deverão resultar na regulamentação da Lei, tais como a definição de um conteúdo mínimo obrigatório para a formação inicial do agente comunitário de saúde; a produção e implantação de um sistema informatizado para o cadastramento dos agentes, com levantamento específico da situação de capacitação; e a utilização do mesmo sistema para cadastramento dos enfermeiros supervisores que deverão realizar a capacitação dos agentes comunitários.

Como se depreende, a questão da qualificação, da natureza do trabalho do ACS e a questão de vínculo são dimensões articuladas que definem uma filosofia de trabalho e uma concepção de modelo, expressos na estratégia de saúde da família e que precisam ser tratados como um todo.

Com relação a esse tema, os desafios que se apresentam são:

- implementação do cadastramento dos ACS e dos enfermeiros supervisores;
- realização da capacitação dos enfermeiros instrutores/supervisores que deverão atuar como capacitadores dos ACS;
- realização da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o seu enquadramento nos parâmetros exigidos na Lei N.º 10.507;
- ampliação do sistema de cadastramento, tornando-o um instrumento de informação sobre a capacitação dos profissionais da atenção básica/saúde da família.

## Interface com áreas técnicas

A implantação da Noas tem criado oportunidades importantes para a intensificação da organização da assistência, qualificando e melhorando a resolubilidade da atenção básica em todos os municípios, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional. Cada região ou município deve complementar as áreas prioritárias mínimas, de acordo com seu perfil epidemiológico e ou especificidades locais. Considerando a diversidade epidemiológica do país e tendo em conta a necessidade da integralidade da atenção, o PSF tem interagido com as diferentes áreas do Ministério da Saúde, entre as quais o controle de endemias e a saúde mental, a fim de consolidar uma atenção básica de qualidade à população.

Historicamente, as ações de controle das endemias, entre elas a malária e a dengue, foram desenvolvidas pelo governo federal, mais recentemente por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), cujas atividades eram planejadas e executadas por suas equipes especializadas. Com a implementação do processo de descentralização da gestão do SUS, sobretudo a partir de 1998, tornou-se evidente a importância do fortalecimento dessa descentralização no âmbito das ações de epidemiologia e controle de doenças, fundamentada na sistemática de financiamento fundo a fundo e na atuação intersetorial.

Como forma de conferir sustentabilidade ao controle dessas doenças, iniciou-se um processo de implementação da organização dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, em especial na atenção básica, na qual o PSF e o Pacs constituem a principal estratégia de organização.

No tocante à malária, a Amazônia Legal (Amazonas, Pará, Tocantins, Mato Grosso, Roraima, Rondônia, Amapá, Maranhão e Acre) concentra cerca de 97,7% dos casos ocorridos no país. A Organização Mundial da Saúde, em Conferência realizada em Amsterdã, em 1997, recomendou a adoção de uma nova estratégia global de luta contra a doença, com base na realidade epidemiológica e social local, com incorporação de medidas de controle adequado a cada situação, ação multissetorial para a redução da influência de fatores de risco de natureza socioeconômica, cultural, política e ecológica, com participação ativa da população.

Em consonância com essas diretrizes mundiais, o Brasil implantou, em julho de 2000, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária, dirigido prioritariamente a 254 municípios da Amazônia Legal, visando, principalmente, por intermédio de um compromisso político das três esferas de governo, apoiar a estruturação dos sistemas locais de saúde, capacitando-os para a coordenação e execução das ações de controle da doença, integradas ao conjunto de atividades dos serviços locais de saúde. Esse Plano foi elaborado de forma integrada pela Funasa e pela SPS e constituído Grupo de Trabalho para monitorar o desenvolvimento das ações, com atribuições, entre outras, de acompanhamento da organização dos serviços de atenção básica, da descentralização de técnicos e infra-estrutura da Funasa para os municípios.

Os profissionais da atenção básica, especificamente do Pacs/PSF, juntamente com os profissionais de controle de endemias, constituem o segmento mais importante para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle de endemias propostas pelo Plano, capazes de garantir no cotidiano a continuidade e a sustentabilidade das ações relativas à educação em saúde e mobilização social, diagnóstico precoce e tratamento imediato, e aplicação seletiva de medidas antivetoriais orientadas para cada área específica. Esse modelo tem como foco de atenção constante e sistemático a família no seu espaço físico, social e cultural, fatores diretamente ligados à transmissão da malária, cujo controle depende da interação em questões ambientais, socioculturais, econômicos e políticos.

A atuação conjunta dos profissionais nos estados consistiu principalmente de:

- assessoria a gestores e gerentes das SES e SMS na elaboração, implantação e acompanhamento dos Planos Estaduais e Municipais;
- discussões sobre a organização da atenção básica nos estados, com vistas à expansão da cobertura da população;
- construção de grade pedagógica e execução, com representante dos estados e dos Pólos de Capacitação, de capacitação em malária, dengue, febre amarela e outras doenças prioritárias para os profissionais da rede básica e dos setores responsáveis pelo controle das endemias;
- organização de material instrucional e elaboração de protocolos de assistência;
- definição dos papéis e competências dos profissionais na prevenção e controle das endemias (principalmente agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, enfermeiros, médicos, supervisores de endemias, auxiliares de enfermagem);
- apoio técnico à organização dos setores de epidemiologia e controle de doenças nos estados e municípios, bem como discussão participativa de instrumentos normativos;
- edição das Portarias N.º 1.399/1999, N.º 44/2002 e N.º 1.350/2002, que tratam, respectivamente, da incorporação das ações de vigilância, prevenção e controle da malária e dengue nas atividades desenvolvidas pelo Pacs/PSF; das atribuições dos ACS na prevenção e no controle destas doenças; e da instituição do Incentivo Financeiro Adicional aos ACS.

Em relação à dengue, o Ministério da Saúde, em conjunto com estados e municípios, vem adotando medidas voltadas à intensificação das ações de prevenção e controle, com o desenvolvimento de inúmeras atividades conjuntas entre o DAB/SPS, a Funasa e a SAS, para instrumentalizar os profissionais da atenção básica e as unidades de saúde, no enfrentamento da doença. Entre essas, destacam-se:

a) realização de teleconferências nacionais, em janeiro e março de 2000, com o objetivo de, respectivamente, instrumentalizar os instrutores/supervisores do Pacs/PSF para capacitarem os agentes comunitários de saúde e atualizar os médicos e enfermeiros nas ações de diagnóstico e tratamento para a promoção da assistência nas unidades básicas de saúde;

b) produção das publicações “Agentes em Ação: em tempos de dengue”, para os ACS; “Dengue: Aspectos Epidemiológicos, Diagnóstico e Tratamento”, para médicos e enfermeiros; “Cartão do usuário – Acompanhamento Ambulatorial – Dengue”, para serviços de Saúde; “Roteiro para Capacitação dos Agentes do Pacs/PSF nas ações de Controle da Dengue”; e “Cartilha do Agente Comunitário de Saúde”;

c) edição, em 2002, das Portarias N.º 44 e N.º 1.350, que define as atribuições dos agentes comunitários de saúde em relação à dengue e malária nos serviços de atenção básica e institui o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Pacs/PSF, respectivamente;

d) realização, em janeiro de 2002, do “Dia Nacional de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde” em que foram capacitados 66 mil agentes nos municípios prioritários;

e) instituição, em julho de 2002, do Programa Nacional de Controle da Dengue, cujo componente 04 do referido Programa prevê a integração com a atenção básica (Pacs/PSF). Está prevista a capacitação dos agentes comunitários de saúde nas ações de prevenção e controle da dengue e das equipes de saúde da família nas ações assistenciais adequadas para o diagnóstico e tratamento das formas graves e hemorrágicas da doença. Para tanto, o DAB/SPS decidiu prover tais capacitações por meio das Coordenações Estaduais do Pacs/PSF e Pólos de Capacitação, solicitando o preenchimento de planilhas, com financiamento realizado pela Funasa, mediante repasse de recurso as suas Coordenações Regionais. Até o momento, já foram recebidas dos cursos de AL, MT, AM, PA, RR, AC, RO, AP, MS e TO. Foi elaborada uma seqüência de atividades que tem como base metodológica a problematização, a qual foi enviada aos estados como sugestão para a capacitação de médicos e enfermeiros das equipes do Pacs/PSF.

Quanto à saúde mental, cabe assinalar que importantes avanços foram registrados, no entanto, ainda há desafios relevantes, como apontam os gastos efetuados, ainda fortemente concentrados na área hospitalar.

Para o Ministério da Saúde, a construção de um novo modelo de atenção ao portador de transtorno mental é uma prioridade que, seguindo os movimentos internacionais e as deliberações do Congresso, está pautada por uma nova ordem de relação, na qual se prevê a progressiva desinstitucionalização das ações específicas. Essa meta está sendo operacionalizada com ênfase em duas ações: diminuição gradual e programada dos leitos psiquiátricos (prevista na Portaria N.º 251/02) e ampliação da rede extra-hospitalar (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, entre outros).

A proposta de desinstitucionalização do atendimento oferecido aos usuários envolve, necessariamente, a implementação de ações junto à rede básica de saúde. Nesse sentido, algumas iniciativas foram desenvolvidas pela Área Técnica de Saúde Mental da SAS junto ao DAB/MS.

Em 2002, foi realizado o Seminário “Saúde Mental na Atenção Básica: Reorganização dos Serviços e Formação de Recursos Humanos”, que reforçou decisões de eventos anteriores, traçando as principais linhas para construção de um plano de inclusão da saúde mental na atenção básica, fortalecendo seu escopo teórico, fundamentado sobre uma série de conceitos, entre os quais a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a ação integral, contínua e de qualidade; a multiprofissionalidade e a desinstitucionalização.

A proposta de intersetorialidade das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde faz com que a área específica busque, junto ao PSF, o estabelecimento de uma correlação de forças que tenha reflexo efetivo sobre a demanda dos portadores de transtornos ao SUS. A principal definição é de que nos municípios com até 200 mil habitantes, nos quais já existam o PSF implantados, considere-se o parâmetro de uma equipe de saúde mental para cada nove equipes do Saúde da Família. Nos municípios nos quais o Programa ainda não tenha sido implantado, o mínimo seria a existência de um médico generalista e um técnico de enfermagem – ambos com treinamento em saúde mental – para atender aos usuários. Definiu-se que a equipe mínima de saúde mental deve ser composta por um psiquiatra ou clínico capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental.

Durante o ano de 2000, o DAB/SPS registrou a realização de 281 cursos de capacitação dos profissionais das ESF em saúde mental na atenção básica; em 2002, foram realizados cursos em 21 municípios de sete estados.

Atualmente, encontra-se em discussão a realização de um curso de capacitação para os médicos do PSF em 12 municípios, com o objetivo de capacitá-los para o atendimento de portadores de epilepsia na rede de atenção básica. Da mesma forma, avalia-se a viabilidade de realização de

um curso de 20 horas para formação de agentes comunitários de saúde, capacitando-os para o enfrentamento, dentro de suas competências, das situações de transtornos mentais e, finalmente, um outro curso de 80 horas para médicos do PSF com o intuito de prepará-los para o atendimento, no nível da atenção básica, de pacientes portadores de transtornos mentais.

## Projeto de Fortalecimento e Consolidação do Saúde da Família

Como já referido, o grande desafio para a reorganização da atenção básica a partir da estratégia de saúde da família é a sua implantação e consolidação nos grandes centros urbanos. O Proesf tem como enfoque a expansão do PSF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho do Programa e contempla duas grandes vertentes de abordagens no que diz respeito aos municípios.

A primeira abordagem refere-se à proposta de substituição do modelo tradicional de organização de serviços de atenção básica pela estratégia de saúde da família, direcionando os investimentos para os grandes centros urbanos, com população superior a 100 mil habitantes. Do conjunto atual de 226 municípios, pretende-se selecionar alguns (a partir de etapas de seleção e classificação) para inclusão no Projeto. As coberturas desejadas variam de acordo com o porte populacional do município: 70% da população nos municípios entre 100 e 500 mil habitantes; 50% nas cidades entre 500 mil e dois milhões de habitantes; e 40% nas cidades com mais de dois milhões.

A outra vertente de abordagem está direcionada para toda população brasileira coberta pelo atual PSF, concentrando os investimentos em desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação do Programa. Os 5.561 municípios constituem o universo potencial para esses investimentos; desse total, 4.071 cidades já contam com o Programa implementado em estágios diferenciados.

O Projeto está planejado para ser desenvolvido em sete anos, distribuídos em três fases, a primeira, de três anos e as demais de dois anos cada. O período de implementação compreende os anos 2002 a 2008 (Fase 1, de 2002 a 2004; Fase 2, de 2005 a 2006; Fase 3, de 2007 a 2008). Estão previstos recursos da ordem de US\$ 550 milhões, 50% financiados pelo Bird e 50% constituem contrapartida do governo brasileiro, assim distribuídos: Fase I – julho/2002 a dezembro/2004 – US\$ 136 milhões; Fase II – janeiro/2005 a dezembro/2006 — US\$ 242 milhões; Fase III – janeiro/2007 a dezembro/2008 - US\$ 172 milhões.

Para essa fase I, propõe-se a implantação e ou expansão do Programa, iniciando-se o processo de (re)organização da atenção básica e da rede de serviços. Nessa fase inicial, devem ser instituídos arcabouços jurídico-institucionais e subprojetos de ação que possibilitem iniciar as mudanças, para serem aprofundadas e consolidadas nas fases seguintes.

Nessa fase também, devem ser direcionados recursos para ampliar as estratégias de desenvolvimento de recursos humanos e implementação dos processos de monitoramento, avaliação e qualificação de serviços e ações de saúde, especialmente na atenção básica.

O Proesf está estruturado em três componentes técnicos e um operacional. Cada um dos componentes agrupa um conjunto de subcomponentes e linhas de ação, que representam os investimentos possíveis de serem financiados com recursos do Projeto. Os componentes e suas grandes linhas estão reunidos a seguir.

- Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde

Esse componente reúne uma série de ações e recursos, justificados pelas características

especiais dos grandes municípios, que podem ser sintetizadas em dois pontos. De um lado, situações de pobreza extrema, populações marginalizadas e deterioração progressiva das condições de vida das grandes metrópoles e áreas de maior densidade populacional (incluindo fenômenos sociais importantes como a violência urbana), com reflexo direto no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. De outro lado, problemas históricos da estrutura e organização dos serviços de saúde nos grandes municípios: ao mesmo tempo em que tais cidades concentram oferta de procedimentos de diferentes níveis de complexidade e de profissionais especializados, a capacidade de cobertura e respostas para a população tem-se mostrado insuficiente e desigual, com a má distribuição espacial das unidades, insuficiência de serviços de suporte, planejamento inadequado da oferta, fragmentação e desarticulação das ações, inviabilizando a assistência integral de acordo com as necessidades da população.

Somados a esses, agregam-se os problemas relacionados à inadequação de perfil profissional, cujas origens remetem a limitações na formação, capacitação e desenvolvimento, e a insuficiência ou ausência de acompanhamento e avaliações sistemáticas dos processos e impacto das ações.

Esses problemas apontam para a necessidade de investimentos considerados estratégicos para a fase de transição implicada na proposta de conversão do modelo, que foram agrupados no Componente 1 nos municípios com população acima de 100 mil habitantes.

- Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos

A realidade dos municípios apresenta problemas de diversos ângulos relacionados a recursos humanos, destacando-se a insuficiência de profissionais considerados preparados para o desempenho das atividades de saúde da família e também a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores no nível local, voltados para o PSF. Isso, muitas vezes, tem inviabilizado a inserção de pessoal em número suficiente e perfil adequado para ampliação de cobertura e acesso populacional aos serviços.

O enfrentamento desses problemas exige estratégias tanto de adequação do perfil profissional quanto de desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores. É necessário um rearranjo de concepções, objetos de trabalho, incorporação de novos conhecimentos, competências, habilidades e atitudes, direcionando uma nova prática sanitária. De outro lado, torna-se imprescindível a introdução de mecanismos de resgate do papel e satisfação dos trabalhadores.

O enfoque central do Componente 2 do Proesf tem o propósito de contribuir para a qualificação dos profissionais da equipe de saúde da família e demais trabalhadores da rede, desenvolvendo competências para novas práticas sanitárias, assegurando abordagem integral do indivíduo, família e comunidade e melhorando a resolubilidade dos serviços. No universo potencial desse componente, estão todos os municípios brasileiros com PSF.

Os objetivos desse componente são implementar atividades de formação, capacitação e educação continuada para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando: cursos e treinamentos em diferentes áreas de interesse para atuação das equipes de saúde da família na rede de serviços, conforme diretrizes do modelo assistencial; processo de planejamento e gestão de sistemas locais de saúde, tendo como referência o campo da saúde coletiva, trabalho intersetorial e participação popular/controlado social das ações de saúde; áreas temáticas clínicas e gerenciais, previstas nos instrumentos normativos e regulamentadores do SUS, em especial a Noas/01; processos pedagógicos e ações educativas, abrangendo a área de promoção da saúde e cursos de especialização na área de saúde da família e programas de residência multidisciplinar em saúde da família.

A proposta do Proesf é promover incentivo direcionado para a articulação das instituições de ensino e serviços, pautando a atenção básica como alvo de aprofundamento; a implementação de mudanças curriculares nas Escolas de Medicina e de Enfermagem; a promoção da adesão e fixação de profissionais nos diferentes serviços e localidades; a implementação de programas de educação

a distância e tutoria virtual; o investimento na formação e capacitação de profissionais de nível médio, direcionando programas para abordagem integral e contextualizada do processo saúde-doença; a avaliação da implementação, funcionamento e desempenho dos Pólos de Capacitação e programas de formação e capacitação de recursos humanos; o desenvolvimento de metodologias de acreditação dos Pólos de Capacitação e programas de formação e capacitação de recursos humanos.

- Componente 3 - Monitoramento e Avaliação

Esse componente 3 do Projeto está orientado para o investimento em processos de avaliação e monitoramento das ações de saúde, constituindo-se como um dos pilares para assegurar a qualidade da atenção aos usuários.

No contexto da atenção básica, destacam-se três iniciativas de caráter nacional que apontam para o avanço da avaliação no SUS, a saber: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; o Siab, ressaltada a perspectiva de seu aperfeiçoamento e ajustes necessários; e o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no País, nos moldes de uma avaliação normativa. Esses instrumentos de avaliação são utilizados como ferramentas de gestão nos três níveis de organização do SUS – municipal, estadual e nacional – e têm passado por mudanças, fazendo-se os ajustes e adaptações pertinentes.

Apesar dos avanços na área de avaliação da atenção básica, ainda são observadas limitações importantes relacionadas tanto à sistematização e integração de processos quanto ao dimensionamento do impacto das ações. Por outro lado, há que se avançar na discussão do papel da informação como elemento central de planejamento, trabalhando-se áreas críticas como capacitação para o manuseio de técnicas e instrumentos, otimização dos registros e análises com base em indicadores prioritários e adequados para as diferentes realidades.

Outros desafios que se colocam para a qualificação dos serviços de saúde no Brasil são as iniciativas de padronização de metodologias que estabeleçam parâmetros para qualificação de unidades ou equipes de atenção básica e de avaliações das instituições de ensino envolvidas na formação e capacitação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde.

O componente 3 incorpora as estratégias e sistemas atuais de avaliação no âmbito do SUS, propiciando as adaptações e consolidação dessas ferramentas nos municípios. Simultaneamente, abrem-se outras frentes de trabalho: o desenvolvimento de outras metodologias e instrumentos de avaliação sistemática de estrutura, processos e resultados e o estabelecimento de parâmetros e processos de qualificação de serviços básicos de saúde. Propõe-se implementar metodologias de pesquisas avaliativas nos serviços e estruturar os “Centros Regionais de Colaboração para o Monitoramento da Atenção Básica”, instâncias descentralizadas de orientação e apoio técnico para estados e municípios. Todos os municípios com PSF compõem o universo potencial desse componente.

- Componente 4 - Administração do Projeto

O Componente foi instituído para viabilizar a execução físico-financeira, supervisão e monitoramento das ações previstas nos demais componentes (técnicos) do Proesf. O Ministério da Saúde manterá, durante a sua implementação, uma Unidade de Gerenciamento do Projeto (UGP) com funções e responsabilidades definidas em portaria ministerial. A UGP constitui-se por técnicos com qualificação e experiência compatíveis com as necessidades de gerenciamento administrativo e operacional das ações e assessoramento técnico para os executores. Também constitui instância para interlocução com os setores internos e externos do Ministério, diretamente envolvidos na operacionalização do Projeto.

Com o objetivo de agilizar e otimizar a utilização dos recursos disponíveis para o Proesf, foi necessário promover um intenso processo de discussão e negociação junto aos órgãos responsáveis pela operacionalização de projetos com financiamento externo e do próprio Ministério. Por meio da sensibilização e comprovação de problemas que dificultavam a execução dos projetos, foram acordadas as inserções de significativas alterações técnicas e operacionais para o Proesf, que poderão servir como orientador para outros projetos.

As inovações implementadas pelo Proesf refletem a experiência acumulada pelo Ministério a partir da gestão de outros projetos e em função da necessidade de modernização dos instrumentos gerenciais existentes, acompanhando os avanços observados no SUS.

A primeira grande mudança pode ser observada na forma de dimensionar as ações implementadas com o foco nos resultados e metas estabelecidas no Acordo de Empréstimo. Considerando que o Projeto foi aprovado pela Comissão de Financiamentos Externos para ser implementado em três fases distintas, foi necessário estabelecer indicadores que garantissem o monitoramento e avaliação criteriosa de desempenho dos municípios e do próprio Ministério da Saúde, como condição para passar de uma fase à outra. Esse mecanismo, além de possibilitar o acompanhamento sistemático das ações do Projeto, permite uma adaptação das metas e um aprimoramento do Projeto para as fases subseqüentes.

Um segundo aspecto inovador importante refere-se à modalidade de transferência de recursos que, historicamente, era realizada por meio de convênios. No Projeto, serão utilizados, na maioria dos casos, contratos e transferências “fundo a fundo”, respeitando a sistemática e a regra hoje vigentes para esta modalidade de transferência. Para não onerar o orçamento do Ministério e garantir um fluxo de desembolsos constante para todas as ações previstas, os recursos de contrapartida serão de responsabilidade exclusiva da União. Para isso, serão utilizados os recursos do “PAB fixo” e do “PAB variável Saúde da Família” transferidos regularmente aos municípios.

Um grande entrave que sempre se observou nos Projetos referia-se à questão dos processos de licitação. Na maioria dos casos, estados e municípios recebiam capacitação para realizar, uma única vez, processo de licitação segundo a regra do órgão financiador. Considerando a alta rotatividade de pessoal a cada projeto, novas capacitações eram demandadas, sem resultar em benefícios para a administração local. A inovação aqui destacada tem um caráter educativo importantíssimo. A flexibilização das regras de licitação, até um determinado limite de recursos permite a utilização da Lei de Licitações N.º 8.666. Com isso, poder-se-á reforçar as unidades administrativas naquilo que elas necessitam fazer, otimizando e agilizando, significativamente, os recursos disponíveis.

## Interiorização do Trabalho em Saúde

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde foi concebido para atender populações de municípios de grande carência social e sanitária. O Programa tem a finalidade de levar o trabalho de médicos e enfermeiros a localidades selecionadas por meio de indicadores epidemiológicos preestabelecidos. Criado pelo Decreto N.º 3.745, em fevereiro de 2001, o Programa visa também impulsionar o Programa de Saúde da Família. As diretrizes gerais foram definidas em 2000 a partir das discussões das propostas de um Grupo de Trabalho composto por entidades das áreas de medicina e de enfermagem, representantes dos Conselhos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems), do Comunidade Ativa e da Opas.

A operacionalização do Programa de Interiorização teve início com a designação da Coordenação Nacional vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde. Para traçar estratégias e mecanismos de gerenciamento e monitoramento do Programa, em nível local e estadual, foram realizadas diversas oficinas de trabalho com os profissionais dos estados e definidas as diretrizes, objetivos e financiamento dos cursos de especialização, além da formalização de convênio com o CNPq para a execução financeira do Programa.

Os municípios com população de até 50 mil habitantes, que não dispunham de equipe de saúde de família e que apresentavam altas taxas de mortalidade infantil (igual ou maior de 50 por mil nascidos vivos) foram escolhidos para participar do Programa. Outros critérios, como, por exemplo, ser área de prioridade para o controle da malária e ou de tuberculose e de hanseníase e estar cadastrado em outros programas governamentais, como o Comunidade Ativa e o Projeto Alvorada também foram utilizados para a seleção das cidades. O número de consultas por habitante/ano - tendo por base os dados do SIA/SUS relativos ao período de junho de 1999 a junho de 2000, cujo parâmetro foi o valor igual ou menor de uma consulta/ano – também foi objeto de análise.

Numa primeira seleção, foram identificados 480 municípios em todo o país. Com a definição das regiões a serem atendidas em 2001 - Norte, Nordeste e Centro-Oeste e o norte do estado de Minas Gerais - escolheu-se um total de 150 municípios. Foram previstas 300 equipes de saúde da família, cada uma delas foi integrada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (a contratação do auxiliar e dos agentes é de responsabilidade do município). Os prefeitos ficaram responsáveis também pela moradia, alimentação e condições de trabalho para os profissionais lotados em seus municípios e assinaram o Termo de Adesão ratificando a participação no Programa. Nessa fase, 13 municípios não aderiram e foram substituídos.

Para a convocação, inscrição, seleção e lotação dos candidatos foi necessário que o Ministério da Saúde realizasse campanha publicitária, em jornais, rádios e televisão, no período de 14 de fevereiro a 5 de março de 2001, com o objetivo de mobilizar os profissionais. Ao todo, inscreveram-se 12.673 candidatos (10.555 enfermeiros e 2.118 médicos) e selecionados 2.400, sendo quatro por vaga (1.200 de cada categoria profissional). As inscrições foram feitas exclusivamente via Internet.

Durante a etapa de entrevistas, observou-se um absenteísmo de 45% dos candidatos. A Coordenação Nacional convocou então, na seqüência da classificação curricular, mais 853 profissionais (777 enfermeiros e 76 médicos) totalizando 3.253 candidatos. Os estados com o maior número de inscritos foram São Paulo, Rio de Janeiro e Paraíba (respectivamente 2.611, 1.567 e 1.112 candidatos).

Concluída a classificação geral, procedeu-se à lotação, observando-se as opções de municípios informadas pelos candidatos. Em agosto de 2001, 146 municípios contavam com o serviço. No total, 167 equipes completas foram formadas por 167 médicos e 231 enfermeiros. Vinte municípios, sobretudo na região Norte, ficaram sem profissionais lotados. A população beneficiada pelo Programa, em 2001, chegou a 1.536.827 habitantes, em 16 estados.

Em outubro de 2001, devido a desligamentos e desistências de profissionais e a fim de recompor vagas existentes, realizou-se um segundo processo seletivo para médicos e enfermeiros. Dos 219 médicos lotados, 23,28% foram desligados, por desistência ou pela Coordenação do Programa e ou do curso (o que representou 11 profissionais, ou seja, 5,02% do total). Entre os 269 enfermeiros lotados, 7,83% foram desligados (somente 3,48% involuntariamente). Esse dado demonstra uma diferença importante de comportamento e adequação ao Programa entre as duas categorias profissionais.

Em dezembro de 2001, 186 médicos estavam lotados, ou seja, 62% do esperado. O número de enfermeiros (263) atingiu 87% do esperado, não alcançando os 100% devido à indisponibilidade de médicos para compor equipes e a não aceitação, por parte de alguns prefeitos, de equipes integradas apenas por enfermeiros. O número de municípios atendidos pelos profissionais de saúde chegou a 133. Ficaram sem atendimento 14 cidades.

Os prefeitos e profissionais foram consultados, em junho de 2002, quanto ao interesse em continuar no Programa. Mais de 90% dos profissionais e dos municípios que concluíram o Programa optaram por prorrogá-lo por mais um ano. Dos 413 profissionais lotados, 346 responderam à consulta, 321 deram resposta positiva, apenas 22 responderam negativamente e três não responderam. Das 122 cidades que contavam com profissionais lotados, 89 responderam, sendo que 85 responderam positivamente.

Os profissionais selecionados foram treinados mediante educação continuada em serviço, por intermédio de um curso de especialização em saúde da família. O curso, com carga horária de 360 horas, adotou a metodologia crítico-reflexiva, em que o aluno desempenha um papel ativo na construção de seu próprio conhecimento e atua como agente de mudança. Nos municípios, foram desenvolvidas outras atividades acompanhadas por tutores.

São as seguintes as Instituições de Ensino Superior que desenvolvem o curso de especialização do Programa de Interiorização:

Estados	Instituições de Ensino
Acre	Universidade Federal do Acre
Amapá	Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Federal da Paraíba Universidade Federal do Amapá
Amazonas	Universidade Estadual do Amazonas
Bahia	Universidade Estadual de Santa Cruz (Deptº de Saúde)
Ceará	Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Ceará
Goiás	Universidade Federal de Goiás (Inst. Patologia Tropical, Escola de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem).
Maranhão	Universidade Federal do Maranhão

Mato Grosso	Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Mato Grosso (Instituto de Saúde Pública)
Mato Grosso do Sul	Escola de Saúde pública Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais
Pará	Universidade Estadual do Pará Universidade Federal do Pará
Paraíba	Universidade Federal da Paraíba
Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco Universidade Estadual de Pernambuco
Piauí	Universidade Estadual do Piauí Universidade Federal Do Piauí
Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC) (Deptº Saúde Comunitária)
Roraima	Universidade Federal de Roraima Universidade Estadual de Londrina

## Tutoria e supervisão

A tutoria é uma das atividades estratégicas adotadas para o desenvolvimento das atividades de educação continuada e supervisão. Em média, o Programa conta com um tutor médico e um tutor enfermeiro para cada grupo de 10 profissionais. Em 2001, 57 tutores trabalharam no Programa.

Os tutores foram selecionados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e remunerados com uma bolsa mensal no valor de R\$ 1,5 mil. A tutoria é feita via internet, além de visitas periódicas de acompanhamento, e deve atender às demandas dos profissionais referentes à capacitação e atuação prática no serviço de saúde.

Uma Comissão de Conectividade, composta por membros do CNPq e do Ministério da Saúde, encarregou-se de adquirir e distribuir equipamentos de informática, viabilizar a instalação de linhas telefônicas para acesso a e-mail, Web, biblioteca virtual, e o acesso a tutores e a cursos de especialização e a educação a distância. Em outubro de 2001, iniciou-se o processo de compras e distribuição de equipamentos, tendo sido adquiridos 315 computadores completos. Até março de 2002, foram entregues 95,6% dos equipamentos. Linhas telefônicas não residenciais foram instaladas em cada posto de saúde ou na residência do profissional, com serviço 0800 e o serviço Dial IP.

## Recursos

O Ministério da Saúde alocou R\$ 36,1 milhões para a primeira fase do Programa, dos quais R\$ 33,6 milhões foram aplicados por meio de convênio firmado com o CNPq. O restante foi executado diretamente pelo Ministério, para custear despesas com transporte, diárias dos profissionais e aquisição de insumos para as equipes, entre outros.

Os municípios que aderiram ao Programa são beneficiados com R\$ 10 mil e o kit de assistência farmacêutica básica, a exemplo do que ocorre com o Programa de Saúde da Família. Estão sendo fornecidos também aos profissionais um kit com livros de enfermagem e de medicina na área de atenção básica e ambulatorial à saúde e uma maleta com equipamento médico básico.

## Controle e avaliação

O Programa conta com um sistema permanente de controle e avaliação. Quanto à gestão, a proposta é identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis para que se proceda às correções necessárias. Essa avaliação permite também o aprimoramento do Programa.

Em relação aos resultados, as ações de controle e avaliação destinam-se, em especial, a verificar o impacto do Programa sobre os indicadores de saúde e de outros de caráter social. Busca-se identificar também o impacto sobre o processo educativo dos profissionais, a repercussão do estímulo à interiorização, que pode se traduzir no interesse em permanecer no município e em continuar atuando nas ações de saúde da família.

O processo de avaliação contou com a participação de uma equipe composta por 12 profissionais que foram capacitados pela Coordenação Nacional. A avaliação nos estados foi feita por meio de reuniões com tutores e coordenadores estaduais do Programa e do curso de especialização. Nos municípios, foram feitas reuniões com gestores e representantes da comunidade e visitas às unidades básicas de saúde e à moradia dos profissionais. Os profissionais do programa responderam a um questionário de avaliação.

Nos quatro primeiros meses do Programa, foram visitados 56 municípios de 16 estados, o que representou 40,0% do total de cidades participantes. A amostra incluiu municípios que apresentam alta e baixa densidade populacional, diferente grau de dificuldade de acesso e de distância da capital, e número variável de equipes. Quando o programa completou nove meses, o restante dos municípios foi visitado.

## Avaliação qualitativa

A avaliação qualitativa foi feita *in loco*. Por meio de entrevistas, os profissionais visitantes avaliaram o desempenho da coordenação estadual e dos tutores, a contrapartida de gestores e o desenvolvimento do Programa. Os respectivos desempenhos foram mensurados conforme tabela abaixo.

**Tabela 1 - Avaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. 2002.**

Desempenho da Coordenação Estadual em %			Tutoria em %			Contrapartida de Gestores em %			Desempenho do Programa em %		
I	R	B	I	R	B	I	R	B	I	R	B
18,8	31,3	50	43,8	12,5	43,8	6,3	62,5	31,3	12,5	68,8	18,8

I – Insuficiente, R – Regular e B – Bom.

Fonte: Pesquisa para a avaliação do Programa.

## Avaliação quantitativa

Quanto à área de atuação, o trabalho das equipes do Programa nos municípios desenvolve-se em área de abrangência definida segundo afirmativa de 89,4%, encontrando-se mapeadas em

62,6% dos casos. Quanto à zona de ação, somente 19,5% desenvolvem-se exclusivamente em zona urbana, 44,7% em zona rural e 35,7% em ambas.

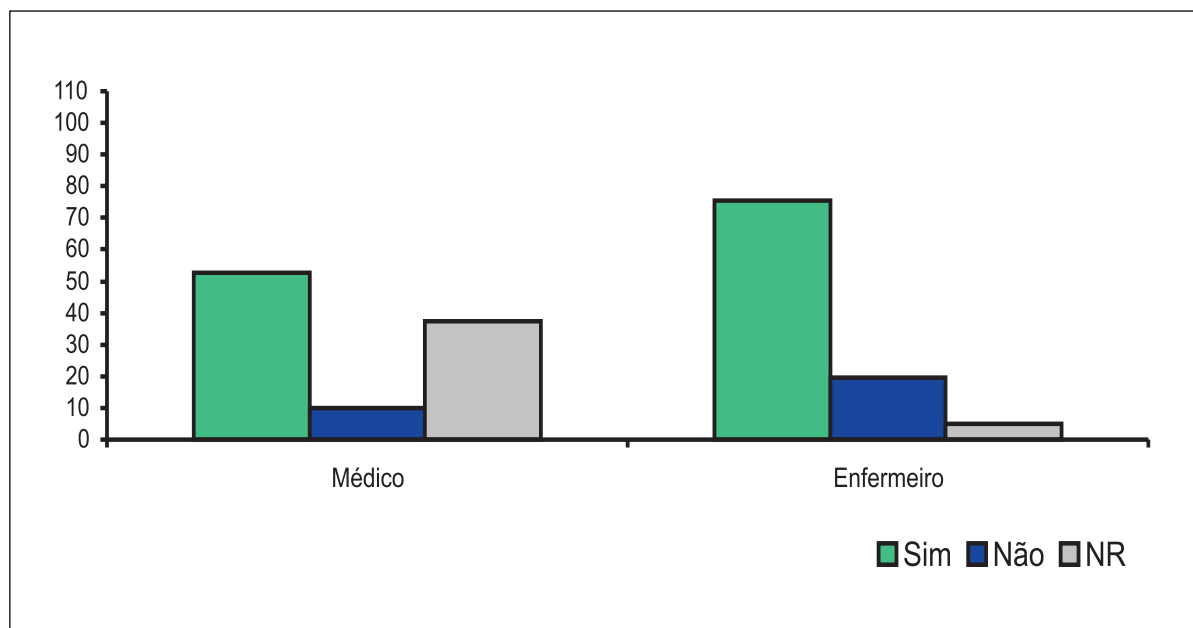
Uma das contrapartidas dos gestores é o transporte e o deslocamento das equipes para o trabalho em zonas rurais. Embora o transporte exista em quase 60% dos municípios, nem sempre o serviço está disponível. Entre os que responderam a essa questão, 39,4% afirmaram que o transporte está sempre disponível, 48,9% responderam que a precariedade do transporte está dificultando bastante o desenvolvimento do trabalho, e 11,7% afirmaram que o transporte está sendo providenciado pelos gestores.

Quanto ao acesso ao gestor local e secretário municipal de saúde, pode-se afirmar que 95% dos profissionais não têm dificuldade de acesso ao secretário municipal de Saúde. Nesse particular, vale ressaltar que as reuniões com os gestores municipais não guardam um perfil comum nos diferentes estados e municípios do Programa. Em 47,1% das respostas, a faixa de periodicidade varia de diária a mensal, e 46% não têm periodicidade.

A maioria dos profissionais entrevistados (77,2%) informa ter uma unidade de saúde para a execução das atividades pertinentes. Na maior parte dessas unidades, existem sala de recepção (70,7%), consultório médico (78,9%), sala de procedimentos básicos (65,0%) e, em aproximadamente a metade (52,0%), sala de vacinas. De acordo com a resposta da maioria dos entrevistados (69,9%), não há material e nem equipamentos suficientes para o atendimento.

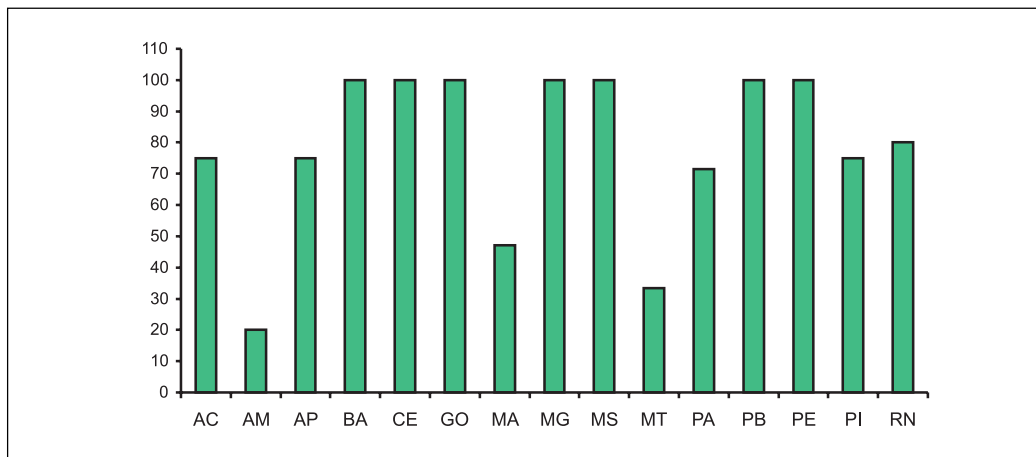
Em relação às visitas domiciliares, os enfermeiros estão mais presentes nas casas dos pacientes do que os médicos: 75,6% contra 52,8%, conforme demonstrado abaixo no Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Visitas domiciliares efetuadas por médicos e enfermeiros. 2001-2002**



Fonte: Pesquisa para avaliação do Programa.

A questão sobre o treinamento dos agentes comunitários de saúde foi respondida afirmativamente por 80,5% dos enfermeiros. Aproximadamente, 70% das equipes estão desenvolvendo indicadores locais de saúde (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Desenvolvimento de indicadores locais de saúde. 2001-2002.**

Fonte: Pesquisa de avaliação do Programa.

Em relação ao curso de especialização, na opinião da maioria dos profissionais a qualidade do curso é boa (60%); 22% acharam o curso regular. O conteúdo do curso frente às demandas também foi bem avaliado: 52% disseram ser bom e 33% julgaram regular. Sobre as atividades planejadas para o período de dispersão, as respostas foram 64% compatíveis e 22% incompatíveis. Quarenta e quatro por cento dos profissionais informaram ter executado totalmente as atividades planejadas para o período de dispersão, enquanto 22% executaram parcialmente. A metodologia aplicada foi considerada boa em 50 % das respostas e regular em 32%.

## O Programa de Interiorização em 2002

O segundo ano do Programa teve início em 5 de agosto de 2002. Todas as etapas para a sua implementação foram realizadas: inscrição para o processo seletivo por meio eletrônico, seleção por meio de currículo, entrevista nos estados e lotação dos profissionais aprovados e classificados.

Foram publicadas duas Portarias (N.º 758 e N.º 1.695) de regulamentação do segundo ano do Programa para promover ajustes e adequações, em face às necessidades detectadas ao longo do primeiro ano, e estabelecer normas disciplinares. Foram feitas também pequenas alterações nos critérios de elegibilidade dos municípios. O número de habitantes foi alterado e a taxa de mortalidade infantil variou de acordo com as regiões. A região Norte foi excetuada de alguns dos critérios estabelecidos.

A Comissão Nacional selecionou os municípios localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e no estado de Minas Gerais com população de até 20 mil habitantes. Com exceção da região Norte, as cidades selecionadas não contam com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Outro critério para a seleção referiu-se à taxa de mortalidade infantil igual ou acima de 30 por mil nascidos vivos na região Norte (com exceção de Tocantins, de 50 por mil); de 50 por mil nascidos vivos na região Centro-Oeste e Minas Gerais; e de 60 por mil nascidos vivos na região Nordeste. Também foi utilizado como requisito para a inclusão no Programa municípios sem leito hospitalar, com exceção da região Norte. Os outros critérios de seleção foram os mesmos adotados na primeira etapa do Programa.

Aos municípios participantes do Programa em 2001, que oficializaram a sua intenção de permanecer por mais um ano, foram assegurados os mesmos benefícios e obrigações. A exemplo do ano de 2001, o Ministério da Saúde desenvolveu ampla campanha publicitária para a inscrição de profissionais. O total de inscritos foi de 11.635 candidatos (9.916 enfermeiros e 1.719 médicos). Os estados com o maior número de inscritos foram São Paulo, Rio de Janeiro e Pará.

Assim como no primeiro ano, o processo seletivo constituiu-se de duas fases – avaliação curricular e entrevista – cujas diretrizes foram estipuladas por uma Comissão Nacional de Seleção e pela Coordenação Nacional. Os candidatos escolheram 20 municípios de interesse por ordem de opção para lotação. Os candidatos que conseguiram ficar em um dos municípios de escolha, por ordem de classificação e de opção, confirmaram pelo próprio site a participação no Programa no município de lotação. Os demais candidatos foram contatados por telefone para a definição de lotação.

Foi o seguinte o quadro de lotação, em agosto de 2002:

<b>Total geral de vagas 2002 (agosto de 2002)</b>							
UF	Médicos				Enfermeiros		
	Nº municípios	Nº de vagas	Vagas confirmadas	%	Nº de vagas	Vagas confirmadas	%
AC	12	19	15	78,95	17	16	94,12
AM	25	61	5	8,20	52	39	75,00
AP	14	25	2	8,00	20	20	100,00
PA	33	75	32	42,67	68	53	77,94
RO	8	15	4	26,67	15	11	73,33
RR	6	8	1	12,50	6	6	100,00
TO	13	21	11	52,38	21	20	95,24
AL	1	5	5	100,00	5	5	100,00
BA	16	56	28	50,00	56	48	85,71
CE	10	19	9	47,37	8	8	100,00
MA	32	61	24	39,34	37	15	40,54
PB	12	12	6	50,00	9	9	100,00
PE	10	16	8	50,00	17	9	52,94
PI	3	3	0	0,00	0	0	0,00
RN	8	10	10	100,00	7	7	100,00
SE	4	6	5	83,33	6	6	100,00
MT	1	1	1	100	0	0	0
MG	11	13	6	46,15	12	10	83,33
<b>BRASIL</b>							
20 Estados	216	442	187	42,31	356	282	79,21
<b>TOTAIS</b>	20 estados com 216 municípios						
	Médicos-442 vagas, 185 confirmadas (41,86%).						
	Inscritos-1.719 (3,8/vaga)						
	60 médicos (13,57%) desistiram após lotação.						
	Enfermeiros-356 vagas, 283 confirmadas (79,49%).						
	Inscritos -9.916 (26,8/vaga)						
72 enfermeiros (20,22%), desistiram após lotação.							

Em 2002, 100% dos equipamentos foram entregues às novas equipes via Coordenação Estadual; os equipamentos dos que se desligaram foram transferidos para outros municípios. As linhas telefônicas ainda não estão instaladas, mas os profissionais acessam e-mail e Web por discagem 0800.

Neste segundo ano, os novos profissionais estão sendo treinados por meio do processo de educação continuada em serviço. Está em desenvolvimento o curso de especialização em saúde da família e cursos de educação a distância (EAD) para os profissionais que permaneceram por mais um ano no Programa. Para a realização dos cursos de EAD, o Programa conta com a parceria da ENSP/Fiocruz.

São as seguintes Instituições de Ensino Superior que desenvolvem o curso de especialização do Programa de Interiorização:

Estados	Instituições de Ensino
Acre	Universidade Federal do Acre
Amapá	Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Federal da Paraíba Universidade Federal do Amapá
Amazonas	Universidade Estadual do Amazonas
Bahia	Universidade Estadual de Santa Cruz (Deptº de Saúde)
Ceará	Escola de Saúde Pública Universidade Federal do Ceará
Tocantins	Universidade Federal do Tocantins Universidade Federal de Goiás
Maranhão	Universidade Federal do Maranhão
Alagoas	Núcleo de Saúde Pública Universidade Federal de Alagoas
Sergipe	Universidade Federal de Sergipe
Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais
Pará	Universidade Estadual do Pará
Paraíba	Universidade Federal da Paraíba
Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco Universidade Estadual de Pernambuco
Rondônia	Universidade Federal de Rondônia
Rio Grande do Norte	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC) (Deptº Saúde Comunitária)
Roraima	Universidade Federal de Roraima Universidade Estadual da Paraíba Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

A situação atual (outubro/2002) relativa à lotação de profissionais do Programa 2001 que permaneceram e os selecionados em 2002 por UF está no quadro a seguir.

UF	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE MÉDICOS LOTADOS	Nº DE ENFERMEIROS LOTADOS	TOTAL
AC	12	14	21	35
AL	1	05	05	10
AP	11	04	21	25
AM	23	07	39	46
BA	15	28	49	77
CE	11	21	36	57
GO	3	3	3	6
MA	35	45	74	119
MT	3	1	4	5
MS	3	2	3	5
MG	13	10	14	24
PA	29	38	74	112
PB	15	18	25	43
PE	8	16	21	37
PI	3	1	4	5
RN	8	13	15	28
RR	5	1	7	8
RO	8	2	10	12
SE	4	5	6	11
TO	12	10	17	27
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>244</b>	<b>448</b>	<b>692</b>

O Ministério da Saúde alocou R\$ 70 milhões para o Programa de Interiorização no orçamento de 2002/2003. Os recursos estão sendo aplicados por meio de convênio firmado com o CNPq. Os municípios participantes do Programa em 2002 estão recebendo também um incentivo de R\$ 10 mil e o kit de assistência farmacêutica básica, a exemplo do que ocorre no Programa de Saúde da Família.

## Desafios

O Brasil é um país de dimensões continentais, com regiões bem distintas sob o ponto de vista geográfico, socioeconômico, cultural e sanitário, apresentando grande disparidade de acesso da população aos bens e serviços públicos e ou privados e importantes para a qualidade de vida. A distribuição de recursos humanos, notadamente os da saúde, apresenta essas mesmas características, verificando-se alta concentração de profissionais no litoral, capitais e grandes cidades.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde pode ser configurado como uma política de indução ou de redirecionamento na distribuição dos recursos humanos para o SUS, que busca interiorizar a atuação de médicos e enfermeiros, por intermédio da captação voluntária e estimulada destes profissionais mediante incentivos e benefícios claramente definidos. Da maneira como está organizado, o Programa é uma iniciativa inédita no Brasil, que pode ser considerada bem sucedida visto que, em menos de dois anos de implantação, beneficia 222 municípios em 20 estados, com 692 profissionais (244 médicos e 448 enfermeiros), lotados em outubro de 2002, atendendo cerca de 2.767.887 habitantes.

Essas comunidades – até então desassistidas devido, na maior parte das vezes, à

impossibilidade das prefeituras em atrair esses profissionais – passam a contar com uma atenção de saúde nos moldes da estratégia do PSF. Essa nova realidade das comunidades atendidas pode se configurar em um instrumento de reivindicação para que prefeitos e gestores dêem continuidade aos serviços com a contratação de profissionais pelas próprias prefeituras.

Além do incentivo financeiro aos municípios, os profissionais consideraram determinantes para a adesão ao Programa os seguintes pontos: a possibilidade de capacitação em serviço, por intermédio do curso de especialização em saúde da família e a educação continuada a distância; o acompanhamento por tutores, o que confere segurança e sentimento de não estarem isolados em locais tão distantes; o desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar e a grande receptividade e aceitação por parte da comunidade assistida.

Apesar de tudo, ainda é grande a dificuldade de atrair e manter profissionais, sobretudo médicos nessas regiões do país. Por dois anos consecutivos, somente cerca de 50% das vagas de médicos foram preenchidas e, no primeiro ano, 25% dos médicos foram desligados ou desistiram do Programa ao longo do ano. Essa situação acentua-se na região Norte do país.

Por iniciativa de dois gestores estaduais, do Acre e do Tocantins, e de alguns gestores municipais, foi dado um incentivo financeiro a mais sobre o valor das bolsas pagas pelo Programa, o que resultou na ampliação do preenchimento das vagas destes estados.

As prefeituras também poderão ser incentivadas a contratar os profissionais do Programa no terceiro ano de permanência. Para isso, será necessário realizar repasses diferenciados de incentivos financeiros para a atenção básica, de modo a possibilitar a continuidade do Programa de Saúde da Família nesses municípios. Outra alternativa possível seria a destinação de incentivo financeiro a instituições de ensino superior para que ofertem programas de residência médica e ou enfermagem nessas localidades.

Aproveitando a experiência de dois anos do Programa de Interiorização, alternativas podem ser analisadas para a captação de recursos humanos, sobretudo para a região Norte, sem que se perca, no entanto, o caráter de voluntariedade. E, nesse sentido, pode ser considerada como uma alternativa às propostas do serviço civil obrigatório ou similar, que vêm sendo defendidas em fóruns e outros encontros sobre recursos humanos, sendo objeto inclusive de projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional.

## Assistência Farmacêutica Básica

Com o objetivo de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e ao menor custo, o Ministério da Saúde instituiu, em 1998 (Portaria N.º 3.916), a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que foi precedida de ampla discussão com diversos setores da sociedade envolvidos com o tema. Essa Política define as diretrizes que devem nortear as ações nas três esferas de direção do SUS. Uma dessas diretrizes é a reorientação da assistência farmacêutica de modo a permitir o acesso da população aos medicamentos essenciais, não se restringindo, portanto, à aquisição e distribuição dos medicamentos.

A reorientação da assistência farmacêutica em curso no país fundamenta-se na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência farmacêutica e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população no âmbito do setor privado.

Nesse sentido, uma das medidas adotadas foi a instituição do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, em março de 1999 (Portaria N.º 176). Estados e municípios passaram a participar da implementação desse Incentivo definindo, em conjunto, um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. O Plano contempla um elenco de medicamentos básicos, de acordo com o perfil epidemiológico local, e estabelece os recursos para o financiamento do Incentivo, mediante pactuação referendada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIBs). Como meta, definiu-se que 100% dos municípios receberiam os recursos do Incentivo diretamente nos respectivos Fundos Municipais de Saúde ou via Fundos Estaduais. Atualmente, 98,9% dos municípios estão sendo atendidos.

No processo de qualificação para o recebimento do Incentivo, e na busca de um melhor gerenciamento dos recursos financeiros, os estados e seus municípios adotaram estratégia específica, existindo, assim, diferentes tipos de pacto, desde a centralização total dos recursos financeiros no Fundo Estadual de Saúde – como no Amazonas, Goiás e São Paulo –, até a descentralização total dos recursos para os Fundos Municipais, caso do Mato Grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro. Outros estados optaram pela pactuação mista. Os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal recebem os recursos diretamente. Já as cidades que se encontram em Gestão Plena de Atenção Básica e “não habilitadas” obtêm os valores via Fundo Estadual de Saúde. É importante assinalar que alguns estados avançaram consideravelmente, como Minas Gerais, que criou o Fundo Bipartite, e o Paraná, que implantou o Consórcio de Medicamentos. A experiência de São Paulo com o prosseguimento do Programa “Dose Certa”, e sua extensão a todos os municípios, tem se constituído em modelo de assistência farmacêutica para o país.

### Plano de ação

Após o primeiro ano de implementação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, foi realizada uma avaliação nos estados, em agosto de 2000, que possibilitou a adoção de medidas para superar problemas relacionados ao processo de descentralização desta assistência. Essa avaliação evidenciou a necessidade de capacitação de recursos humanos, falta de materiais instrucionais e

deficiência na operacionalização da logística da assistência farmacêutica. Para superar esses problemas, criou-se um Plano de Ação que contempla dois eixos fundamentais: acesso aos medicamentos essenciais e promoção do uso racional.

O Plano preconiza o desenvolvimento de atividades voltadas ao processo de estruturação da assistência farmacêutica, com o foco na atenção básica. O objetivo é ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais; priorizar a programação, buscando melhor utilização dos recursos financeiros nos programas da assistência farmacêutica básica e nos programas estratégicos; assegurar a qualidade dos medicamentos essenciais; e elaborar uma proposta de política para plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Compreende ainda a capacitação de recursos humanos e a educação em saúde; elaboração e distribuição de recursos instrucionais; realização de pesquisas voltadas às necessidades da assistência farmacêutica básica e sua inserção no Programa Saúde da Família (PSF).

Além de realizar ações em parceria com os estados e municípios no âmbito da gestão e implementação do modelo descentralizado de assistência farmacêutica, a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (Gtaf) presta assessoria a diferentes áreas da própria SPS e a outras instâncias do Ministério da Saúde, como a Coordenação do Mercosul. Em conjunto com a Opas/OMS, a Gerência participa da formulação e execução de ações para a promoção da assistência farmacêutica integral.

Para adequar-se às novas demandas em função das responsabilidades que foram assumidas pelo MS na condução da Política Nacional de Medicamentos, a Gtaf foi reestruturada, o que compreendeu a ampliação de sua área administrativa e a inserção, no seu corpo técnico, de especialistas em gerência e gestão da assistência farmacêutica. De um número inicial de quatro técnicos de nível superior e quatro de apoio administrativo, a nova estrutura conta atualmente com 11 técnicos de nível superior, sete de nível médio e, em média, quatro estagiários (dois estudantes de farmácia e dois de apoio administrativo). Ao quadro permanente de técnicos foram somados, ao longo do desenvolvimento do Plano de Ação, cerca de 60 consultores, representantes de diversas instituições de ensino e de serviços, que tiveram uma participação decisiva nos resultados alcançados.

## Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos

Em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e o Programa de Medicina Tradicional da OMS, foi elaborada a “Proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos”. O objetivo é garantir acesso e uso racional das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos - com segurança, eficácia e qualidade - e promover o desenvolvimento científico e tecnológico para a implementação e consolidação desse setor no país.

Essa proposta foi formulada por um grupo de estudo, composto por acadêmicos e profissionais da área, e discutida em fórum ocorrido em Brasília, em dezembro de 2001, com cerca de 400 profissionais de todos os segmentos sociais relacionados com o tema. Posteriormente, foi submetida a um comitê, escolhido durante o evento, encarregado de consolidar o documento final, já encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde para inclusão na sua pauta de reunião.

As diretrizes contempladas na proposta são: a) estabelecer a Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos para a atenção básica; b) estimular o desenvolvimento e a produção nacional de medicamentos fitoterápicos conforme critérios técnico-científicos; c) estabelecer política de formação, capacitação e qualificação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas

e tecnologia inerentes à viabilização do uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos; d) incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país; e) resgatar, valorizar, embasar e validar cientificamente o uso popular de plantas medicinais; f) implementar a regulamentação sanitária de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

A proposta de política envolve etapas fundamentais para a utilização racional desse recurso terapêutico, como o respeito às tradições e à biodiversidade, dando prioridade ao desenvolvimento sustentável, em benefício dos usuários. A implementação dessa política envolverá uma articulação intersetorial promovida pelo Ministério da Saúde, com a criação de uma comissão representativa dos Ministérios e organizações envolvidos com o assunto, cuja responsabilidade será a de elaborar o Plano de Ação Nacional desta política.

## Norma Operacional

Uma outra iniciativa da área é a proposta de Norma Operacional da Assistência Farmacêutica (Noaf) para organizar os serviços de acordo com a realidade sanitária e com a rede de serviços disponível em cada município, módulo assistencial, microrregião, região e estado. Esse instrumento complementar, no contexto da assistência farmacêutica, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/SUS), aprovada em 2001, e que busca equacionar a oferta de serviços à população e aperfeiçoar o processo de descentralização e organização do SUS em rede regionalizada e hierarquizada.

A proposta da Noaf tem como finalidade não apenas resolver a questão do acesso a medicamentos em cada nível de complexidade da atenção à saúde no SUS, como também qualificar os serviços de assistência farmacêutica, públicos ou privados, de modo que esses serviços se comprometam com o êxito da terapêutica farmacológica do paciente e zelem pelo uso racional dos medicamentos. A proposta busca também promover a efetiva integração das ações da assistência farmacêutica, evitando diferentes logísticas de apoio e superposições de serviços, com vistas, entre outros, à racionalização político-administrativa do setor.

Nesse sentido, a Norma Operacional objetiva reorganizar e rearticular todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos atualmente utilizados pelos diferentes gestores do SUS. A finalidade é otimizar os recursos e integrar, gradativamente, as ações de assistência farmacêutica à estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde proposta pela Noas. Para tanto, foi criado um grupo de trabalho para a formulação da proposta, com previsão de conclusão em dezembro de 2002.

## Projetos, programas e atividades específicos

No período de 2000 a 2002, foram desenvolvidos vários projetos, programas e atividades, relacionados à cooperação internacional; à cooperação técnica e financeira; à promoção da assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos; às pesquisas na área farmacêutica; à disseminação de experiências e de informações técnico-científicas; à capacitação de recursos humanos; e ao acompanhamento e avaliação.

No âmbito da cooperação internacional, a Gtaf organizou e conduziu a reunião de ministros da Saúde do Grupo dos Quinze, realizada em Brasília, em junho de 2002, sob a coordenação da

Assessoria Internacional do Ministério da Saúde. O tema principal dessa reunião foi acesso a medicamentos e teve como resultado a “Declaração de Brasília”, na qual os países participantes assumem compromissos de se posicionarem de forma articulada nos Fóruns Internacionais sobre Medicamentos. A Gtaf também subsidia e assessora a coordenação do SGT 11/Saúde (Mercosul) do Ministério da Saúde na construção de estratégias e elaboração de propostas de um plano de ação para implementação da Política de Medicamentos para países do Mercosul, Bolívia e Chile. Nesse particular, procura assegurar que o posicionamento do Brasil nas negociações do Mercosul esteja sempre em consonância com o estágio atual de implementação da Política Nacional de Medicamentos, visando preservar os avanços e conquistas já alcançados, compartilhando-os com os países membros.

## Atualização da Rename

No tocante à cooperação técnica, destaca-se, inicialmente, a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Segundo documentos recentes, desde 1977, quando foi lançada a lista modelo da OMS, 156 países possuem relação de medicamentos essenciais, sendo que 127 delas foram atualizadas nos últimos cinco anos. Nenhuma das listas é exatamente a mesma da OMS, mas a maioria é baseada fundamentalmente na revisão das listas desta Organização. A lista é, portanto, um modelo para a seleção de medicamentos e se baseia na comparação da eficácia e segurança e da qualidade e custo.

No Brasil, a adoção de uma Rename constitui instrumento imprescindível de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no país. Assim, a Rename deve ser tomada como a base para a organização das listas de medicamentos essenciais a serem elaborados por estados e municípios. Essa Relação representa, também, medida indispensável à promoção do uso racional de medicamentos, uma vez que aqueles selecionados representam as opções terapêuticas mais adequadas e seguras para as nosologias mais prevalentes. Constitui-se, ainda, em instrumento fundamental de orientação à prescrição, à dispensação e ao abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do SUS.

A Rename foi atualizada mediante consulta pública prévia a todos os segmentos farmacêuticos (indústria, sociedade científica, universidades, conselhos de classe). A revisão foi pautada essencialmente na análise das contribuições apresentadas. Foram recebidas 370 propostas de modificações, contendo 270 princípios ativos. Da análise dessas propostas, houve a inclusão de 50 produtos e a exclusão de 19. Essa nova edição da Rename, aprovada em 2002, oferece maior facilidade de consulta e uso, com a reclassificação dos grupos farmacológicos e forma de apresentação dos medicamentos, além da indicação do código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) e da DDD (dose diária definida). Essas informações constituem, sem dúvida, mais um importante instrumento de gerenciamento dos medicamentos, de estudos farmacoepidemiológicos e, conseqüentemente, de organização da assistência farmacêutica. Após publicação no Diário Oficial da União, foram distribuídos 20 mil exemplares da nova edição da Rename a todos os estados e municípios, conselhos de classe, universidades, faculdades de farmácia, medicina e odontologia, entre outros.

Destaca-se também, na cooperação técnica, a elaboração do elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a atenção básica. Entre os critérios e requisitos estabelecidos pela Portaria N.º 176/99 para o repasse de recursos financeiros e a qualificação dos municípios e estados ao

Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, consta o encaminhamento ao Ministério da Saúde do respectivo Plano Estadual. Esse Plano deve conter o elenco de medicamentos para esta assistência básica com vistas a tratar das doenças prevalentes no âmbito regional e nacional. Deve ainda estar fundamentado na Rename e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite correspondente.

Na primeira avaliação, realizada em julho de 2000, verificou-se que apenas três itens eram comuns nos elencos de medicamentos pactuados nos estados. Frente a isso, e considerando a existência de um grupo de doenças prevalentes em nível nacional, foi criado o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos na Atenção Básica (Portaria SPS N<sup>o</sup> 16, 14 de dezembro de 2000) integrado por 19 medicamentos que contemplam oito grupos farmacológicos. A elaboração desse novo elenco foi precedida de discussão com as entidades representativas dos três níveis de gestão do SUS. A partir daí, os estados procederam, em 2001, a repactuação do elenco de medicamentos a serem adquiridos com recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Uma outra medida importante refere-se à elaboração do Memento Terapêutico dos Medicamentos da Rename. Esse Memento reúne informações importantes acerca dos medicamentos constantes da Rename, destacando-se aquelas que tratam das indicações terapêuticas, contra-indicações, posologia, reações adversas e apresentações aprovadas. Esse instrumento deverá estar disponível para todos profissionais prescritores de medicamentos, bem como em todas as unidades de dispensação de medicamentos no SUS, para fins de consulta. A medida visa contribuir para o uso racional de medicamentos, mediante a melhoria da sua prescrição e dispensação. O Memento é resultado de parceria entre a Gtaf/SPS e a Organização Pan-Americana da Saúde, e encontra-se em fase final de elaboração. A meta é distribuir 40 mil exemplares no primeiro semestre de 2003.

A implementação da Política Nacional de Medicamentos e do novo modelo descentralizado de gestão da assistência farmacêutica básica tem requerido dos profissionais, em especial dos farmacêuticos, o entendimento desta nova realidade para que possam atuar com competência a partir de prévia capacitação. Nesse contexto, merece destaque o Seminário Internacional “Os desafios para uma assistência farmacêutica integral”, promovido pelo Ministério da Saúde e a Opas, em Brasília, nos dias 30 de setembro e 1<sup>o</sup> e 2 de outubro, com a participação de cerca de 150 profissionais que discutiram, prioritariamente, as experiências em gestão de assistência farmacêutica nos três níveis de gestão.

Cabe assinalar que, paralelamente à discussão de grandes temas em fóruns específicos, em todos os níveis de gestão do SUS foram realizados encontros, oficinas e seminários voltados ao treinamento de profissionais, quer em gestão, quer em operacionalização da assistência farmacêutica. Estima-se que do nível federal tenham participado da capacitação cerca de 1.100 profissionais no período de 2000 a 2002.

Por outro lado, por intermédio de convênio celebrado com a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) foram produzidos cinco cadernos técnicos relativos à assistência farmacêutica e à estratégia para a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS, considerando-se que o medicamento é um insumo essencial na promoção da integralidade e da resolubilidade das ações de saúde. Os temas desses cadernos são: “Política de Medicamentos”, “Medicamentos Genéricos”, “Gestão e Financiamento, Medicamento e Terapêutica”, e “Desenvolvimento Científico e Tecnológico”. A iniciativa visa contribuir para o alcance do propósito da PNM e subsidiar as discussões na I Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Esses cadernos estão em fase final de elaboração e conterão, cada um, de quatro a oito artigos formulados por reconhecidos profissionais, a título de colaboração. A tiragem prevista de cada caderno é de 10 mil exemplares, destinados a todos os segmentos sociais e governamentais envolvidos com o tema medicamentos.

## Cooperação financeira

Em relação à cooperação financeira, cabe destacar a criação do já referido Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, destinado a tornar disponíveis, continuamente, medicamentos para a atenção básica de saúde, conforme as pactuações estabelecidas nas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. Para o financiamento da assistência farmacêutica básica, o governo federal repassou, entre março/99 e setembro/2002, cerca de R\$ 567,2 milhões que, somados às contrapartidas municipais (de R\$ 301,2 milhões) e estaduais (de R\$ 372,9 milhões) totalizaram R\$ 1,2 bilhão.

No processo dinâmico e contínuo de implementação desse Incentivo, a Gtaf/SPS, em parceria com os representantes dos estados e dos municípios, instituiu o Grupo de Reorientação da Assistência Farmacêutica (Graf) incumbido de acompanhar, formular e desenvolver projetos, atividades e ou serviços que viabilizem a implantação e implementação desta assistência, de acordo com as prioridades e diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos, tendo em conta os trabalhos já realizados e materiais instrucionais elaborados. As visitas realizadas pelo Grupo a todos os estados resultaram em propostas de ações conjuntas a serem desenvolvidas em 2002 e 2003.

Para o acompanhamento da execução do Incentivo, desenvolveu-se, em conjunto com o Datasus, instrumento informatizado para gerenciamento e prestação de contas pelos estados e municípios referentes ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Sifab) que representou substancial avanço no processo de prestação de contas dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos para a atenção básica (Portaria N.º 176/99). Além das informações financeiras, esse *software* possibilita o acompanhamento constante das aquisições nos níveis estadual e municipal, constituindo-se em importante ferramenta gerencial, inclusive no acompanhamento em nível federal.

Na implantação desse *software*, foram realizados treinamentos conjuntos com técnicos das Coordenações Estaduais de Assistência Farmacêutica e de Finanças de todos os estados. A implantação nos municípios foi realizada pelos estados com o apoio dos técnicos da Gtaf/SPS. A versão inicial desse instrumento foi substituída por uma outra mais atualizada que permitiu a superação de problemas detectados a partir da implantação do sistema. Esse sistema está disponível em *CD Rom* e na página do Ministério da Saúde na Internet, e é acompanhado de um manual que orienta a operacionalização.

Com a implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, foi instituído o Incentivo à Assistência Farmacêutica para estas doenças. A Gtaf elaborou a programação dos medicamentos que compõem o elenco com base em informações epidemiológicas. A meta é tornar disponíveis medicamentos padronizados pelo Plano a cerca de 30% da população até final de 2002. Os medicamentos estão sendo distribuídos diretamente aos municípios.

## Instrumentos técnicos

No tocante à promoção da assistência farmacêutica, cabe destacar a produção de uma série de instrumentos que visam, em especial, responder à necessidade de informações básicas nesta área. Um dos instrumentos é o manual "Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - Instruções Técnicas para a sua Organização", que abrange todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica, suas interações e interfaces, conferindo-lhe caráter técnico-operacional. O manual com uma tiragem de 22 mil exemplares foi distribuído a todos os municípios e constitui importante

instrumento de referência para as atividades de reorientação da assistência farmacêutica no país. O manual está disponível também no Portal da Assistência Farmacêutica na Internet.

Um outro documento produzido foi a cartilha de orientação sobre o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica que apresenta, entre outras, informações sobre o funcionamento, responsabilidades e competências de cada nível de gestão. A cartilha possibilitou a participação mais efetiva e consciente da comunidade e das Secretarias de Saúde no acompanhamento da reorientação, controle e fiscalização da assistência farmacêutica básica. Essa cartilha foi elaborada por um grupo de trabalho, com o apoio dos 27 coordenadores estaduais de assistência farmacêutica. Foram distribuídos 60 mil exemplares a todos os Conselhos de Saúde e Secretarias de Saúde, órgãos e instituições afins.

A programação de medicamentos para o tratamento da hanseníase e da tuberculose no SUS foi viabilizada mediante a produção de normas técnicas e *softwares* destinados a instrumentalizar os gestores na assistência farmacêutica aos portadores destas doenças, de modo a garantir o acesso aos medicamentos, com a racionalização e otimização da programação, armazenamento, controle de estoques e distribuição em todos os níveis.

Todos os *softwares* desenvolvidos destinam-se a apoiar a programação dos medicamentos. São utilizados como critérios técnicos o número de casos notificados, a distribuição média mensal, estoque útil, entregas pendentes e esquema terapêutico. Esses instrumentos de programação auxiliam o processo de reorientação da assistência farmacêutica e favorecem a integração das Coordenadorias Estaduais de Assistência Farmacêutica com as Coordenadorias Estaduais dos Programas Estratégicos, além de contribuir para o uso correto dos medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos, por intermédio da análise dos esquemas terapêuticos utilizados, demanda e consumo.

O *software* relativo à programação de tuberculostáticos está disponível em CD *Rom* e na página da Internet do Ministério da Saúde, acompanhado de manual para esta programação, e consta de duas partes: uma sobre informações epidemiológicas, diretrizes para seu controle e critérios utilizados na programação e, outra, que apresenta o *software* e orienta a sua operacionalização. Contempla também um Guia para Utilização de Medicamentos e Imunobiológicos na Área de Hanseníase, elaborado em conjunto com a área Técnica de Dermatologia Sanitária/SPS. Todos os estados foram capacitados na sua utilização, alguns dos quais já realizam o treinamento de seus municípios.

Após a implantação do *software* de programação dos medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos e com o acompanhamento da programação relativa aos programas estratégicos, verificou-se que uma das grandes dificuldades dos estados e municípios era o gerenciamento dos estoques por meio de critérios técnicos e epidemiológicos estabelecidos no ato da programação. Esse diagnóstico possibilitou a elaboração de um outro *software* para facilitar o gerenciamento de estoques de medicamentos no SUS. Concomitantemente, foi desenvolvido um manual de utilização que facilita o entendimento e a aplicação do *software* no nível local. Com isso, foi possível a análise da necessidade de medicamentos de acordo com o número de usuários cadastrados pelos municípios e estados, bem como a avaliação da distribuição real, comparando-a com a estimada. Esse instrumento deverá promover melhorias no gerenciamento, por parte dos municípios, dos estoques de medicamentos dos programas estratégicos e da assistência farmacêutica básica. O *software* e o manual estarão disponíveis para as unidades federadas, com vistas a sua multiplicação para os municípios até o final de 2002.

Finalmente, no que tange à produção de instrumentos para a promoção da assistência farmacêutica, cabe citar o “Manual de Especificações Técnicas dos Medicamentos da Renome 2002” e o desenvolvimento de estratégia para a organização dos serviços desta assistência no SUS. O Manual está sendo elaborado por um grupo de trabalho constituído por técnicos da Faculdade

de Farmácia da UFMG, e destina-se a subsidiar o processo de aquisição de medicamentos por licitação pública por meio de especificação técnica dos medicamentos. A meta é distribuir oito mil exemplares aos estados e municípios até final de 2002.

Já o desenvolvimento de estratégia para organização dos serviços de assistência farmacêutica decorreu da necessidade de redefinição das ações da assistência farmacêutica na atenção básica, principalmente a partir de uma concepção de serviço farmacêutico integrado aos demais serviços de saúde, com a valorização da relação com o usuário e a promoção do uso racional de medicamentos. O grupo encarregado de desenvolver a estratégia deverá concluir o trabalho até dezembro de 2002. Essa medida deverá promover a melhoria da organização dos serviços de assistência farmacêutica, contribuindo para a racionalização de seus custos, humanização do atendimento farmacêutico, maior adesão aos tratamentos medicamentosos e promoção da farmacoterapia racional.

## Uso racional dos medicamentos

Em relação à promoção do uso racional de medicamentos, destaca-se o curso de capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os agentes têm papel singular na conscientização quanto ao uso correto dos medicamentos pelo trabalho que realizam com as famílias de uma comunidade adscrita. Essa iniciativa busca, essencialmente, inserir a assistência farmacêutica nas ações básicas de saúde, mediante a efetiva integração ao Pacs e PSF.

O curso integra o projeto de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos, para o qual foram criados como instrumentos técnico-pedagógicos um “Guia do Facilitador” e um “Manual do Participante”, os quais já se encontram em sua versão final, validada por meio de um teste piloto aplicado em 10 municípios, envolvendo 600 ACS. Esse trabalho está sendo desenvolvido em conjunto com a equipe do Departamento de Atenção Básica da SPS, que o adotou como estratégia de implementação da capacitação dos ACS com o apoio dos Pólos de Capacitação do PSF. O processo de capacitação já se encontra em desenvolvimento em todo o país e a meta é capacitar, nos próximos três anos, todos os ACS na disseminação de informações acerca do uso correto de medicamentos, visando inclusive ampliar a adesão ao tratamento medicamentoso e a diminuição das conseqüências da não adoção ou do abandono deste tratamento.

Nesse contexto, é importante registrar também o curso de multiplicadores na promoção da prescrição racional de medicamentos. Anualmente, são geradas milhões de prescrições nos serviços públicos de saúde. Um número considerável de prescrições não apresenta os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação eficiente e utilização racional de medicamentos. Tal situação se traduz na ineficácia ou intoxicações medicamentosas, na nova demanda por serviços de saúde – muitas vezes em níveis mais complexos –, diminuição da relação custo/efetividade destes serviços, onerando de forma desnecessária o Sistema, além dos reflexos na qualidade de vida, entre outras.

A partir de metodologia preconizada pela OMS, A Gtaf/SPS desenvolveu, em conjunto com a coordenação nacional dos Pólos de Capacitação do PSF, o curso para os profissionais prescritores. Em função de seu enfoque acadêmico e abrangente, esse curso está, atualmente, em processo de revisão e adequação à realidade nacional e aos profissionais que atuam diretamente nos serviços, tendo como principais objetivos promover uma atitude crítica no ato da prescrição; adotar o critério da medicina baseada em evidência na seleção da terapêutica farmacológica e não farmacológica; e qualificar a prescrição, quanto à seleção correta da terapêutica, às ações de comunicação que garantam a compreensão das informações pelo paciente, o monitoramento do tratamento e os aspectos técnicos e legais da prescrição.

Nesse sentido, implantou-se um projeto piloto de capacitação nos municípios de Marília (SP), Belo Horizonte (MG) e em São Paulo (SP), iniciado em outubro de 2002, utilizando-se metodologia de problematização e a estrutura dos Pólos de Capacitação, com o objetivo de validar a metodologia proposta. A meta é capacitar, anualmente, a partir de 2003, cinco mil profissionais prescritores, prioritariamente aqueles que integram o PSF.

Nesse âmbito, vale destacar ainda a definição de um outro projeto piloto destinado a desenvolver modelo de gestão em assistência farmacêutica, que foi iniciado em novembro de 2002, na cidade de Marília/SP, cuja duração será de um ano. A melhoria do processo de gestão e gerenciamento da assistência farmacêutica contribui para a consolidação do processo de descentralização, humanização dos serviços, racionalização dos gastos e uso racional dos medicamentos, além de ampliar a capacidade resolutiva das ações de saúde e, conseqüentemente, da credibilidade da rede pública e a vinculação dos usuários ao SUS, favorecendo a prevenção de doenças e a promoção da saúde. São parceiros nesse projeto a Anvisa, o NAF/Fiocruz, a Faculdade de Medicina de Marília, SES/SP e a SMS/Marília/SP.

## Estudos

Em relação a pesquisas, desenvolveu-se estudo visando o diagnóstico situacional da organização da assistência farmacêutica nos municípios e a disponibilidade de medicamentos no SUS, em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG. Essa pesquisa foi realizada em uma amostra de 413 municípios, estratificada por região geográfica e porte populacional, entre os meses de setembro e novembro de 2001 e utilizou metodologia de natureza quantitativa, com aplicação de questionário padronizado, por meio de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (Etac). As perguntas foram dirigidas aos responsáveis pela condução das ações da assistência farmacêutica nos municípios.

A avaliação da disponibilidade e utilização de medicamentos essenciais nos serviços de saúde da rede ambulatorial do SUS resultou em um diagnóstico que possibilitará a adoção de medidas corretivas no processo de descentralização da gestão da assistência farmacêutica básica, bem como a detecção das necessidades locais não contempladas no processo de descentralização.

Por outro lado, o crescimento da população idosa brasileira tem gerado o aumento da frequência e da importância das doenças crônico-degenerativas, cujo controle e prevenção de seqüelas dependem, em grande parte, do uso contínuo de medicamentos. Os idosos constituem, assim, o grupo etário mais medicalizado da sociedade. Considerando que uma das dificuldades na implementação de uma política de assistência farmacêutica adequada à realidade brasileira é a falta de informação - com base populacional - sobre o padrão de utilização de medicamentos entre idosos, a Gtaf elaborou projeto de pesquisa sobre "Utilização de Medicamentos entre Aposentados, Pensionistas e Idosos", mediante com a parceria da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas, da Fundação Osvaldo Cruz, da UFMG e da Coordenação Nacional do Programa do Idoso/SAS/MS. Essa pesquisa objetiva determinar o perfil de medicamentos usados, identificar os problemas mais importantes para a sua obtenção e avaliar quais informações e orientações para seu uso foram transmitidas ao usuário. A coleta de dados será efetuada por meio de questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas.

A mensuração do nível de atendimento do SUS a essa população permitirá adequações às atuais ações desenvolvidas no âmbito da assistência farmacêutica básica, e avaliar a necessidade da elaboração de uma política de assistência farmacêutica voltada à demanda gerada pelo envelhecimento populacional. A meta é propor uma estratégia de assistência farmacêutica específica para a população idosa até abril de 2003.

Uma outra importante pesquisa diz respeito à identificação de problemas relacionados com acesso a medicamentos essenciais em regiões com baixo índice de desenvolvimento humano, como o Vale do Jequitinhonha (norte de Minas Gerais). Para tanto, foi celebrado convênio com o *Management Sciences for Health* (MSH) para realização desse estudo, coordenado e executado pela UFMG. Os resultados foram submetidos ao MSH para avaliação em dezembro/2001 e permitiram a mensuração do nível de atendimento dos serviços de saúde pública, privados e filantrópicos, no tocante ao acesso a medicamentos essenciais, constituindo importante subsídio à elaboração de estratégias para a assistência farmacêutica nessas regiões.

## Fitoterapia

No contexto ainda da promoção de estudos, cabe registrar o diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia implementados no SUS e banco de dados sobre o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais (PPPM) da então Central de Medicamentos. O referido diagnóstico situacional, que constitui uma das diretrizes da proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, foi realizado no período de julho a setembro de 2002 e os resultados subsidiarão a elaboração de uma Relação Nacional de Medicamentos Fitoterápicos para a Atenção Básica.

O PPPM, criado em 1983 e considerado uma das melhores estratégias públicas relacionadas à promoção do estudo científico das plantas medicinais brasileiras, teve como objetivo desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, por meio do estabelecimento de medicamentos originados a partir da determinação do real valor farmacológico de preparações de uso popular à base de plantas medicinais. As plantas medicinais que recebessem a confirmação da ação medicamentosa, bem como de eficácia terapêutica e ausência de efeitos prejudiciais, estariam aptas a se integrar a Renam. Em termos práticos, das 74 espécies de plantas selecionadas pelo PPPM para pesquisa, poucos resultados foram publicados ou tornaram-se disponíveis.

Considerando que a Política Nacional de Medicamentos tem, como uma de suas diretrizes o apoio a pesquisas nesse âmbito, o levantamento e sistematização dos trabalhos financiados pelo PPPM tornaram-se fundamentais com vistas a criar um banco de dados destinado a servir de referência para as atividades logísticas da assistência farmacêutica e contribuir para a ampliação do acesso e uso racional desse recurso terapêutico. A pesquisa está sendo realizada por meio de consulta ao acervo da Ceme, no Arquivo Central da Divisão de Documentação Arquivística do Ministério da Saúde.

Uma outra importante iniciativa foi a criação do Portal da Assistência Farmacêutica, por intermédio de parceria com a Coordenação de Medicamentos e Tecnologias da Opas. O Portal é destinado aos profissionais de saúde, gestores, estudantes e usuários do SUS. Com o intuito de facilitar a consulta, o site oferece informações, documentos e *links* por áreas temáticas mediante o acesso ao endereço [www.opas.org.br/medicamentos](http://www.opas.org.br/medicamentos).

## Recursos humanos

No tocante à capacitação de recursos humanos, destacam-se os cursos de mestrado profissionalizante e de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica. A capacitação para funções gerenciais é um ponto crítico para a implementação da Política Nacional de Medicamentos e, conseqüentemente para a reorientação da assistência farmacêutica, cuja demanda - de magnitude e características específicas - e a escassez de cursos disponíveis configuram-se importante desafio.

Em parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS, a Gtaf/SPS desenvolveu esse mestrado, iniciado em setembro de 2001, destinado aos profissionais que atuam nas três esferas de gestão do SUS, em especial aos coordenadores estaduais de assistência farmacêutica e de programas estratégicos e respectivas equipes técnicas. Essa estratégia, além de abordar questões críticas no âmbito específico, forma multiplicadores capazes de contribuir para uma efetiva reorientação da assistência farmacêutica no país. A meta é formar 20 mestres anualmente, a partir de setembro de 2003.

Já o curso de especialização em Gestão de Assistência Farmacêutica formou, em julho de 2002, 50 profissionais. A proposta é a formação anual desse mesmo número de profissionais. O curso foi realizado a partir de convênio com a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e com a Faculdade de Farmácia da UFMG, e tem por objetivo possibilitar aos estados o fortalecimento e aperfeiçoamento de seu papel fundamental de gestor e catalisador do processo de reorientação da assistência farmacêutica.

## Parcerias e recursos financeiros

No desenvolvimento de suas atividades, a Gtaf/SPS estabeleceu inúmeras parcerias intrasetoriais e interinstitucionais as quais foram de grande importância para o êxito das ações de assistência farmacêutica. Entre essas, destacam-se: a Associação Médica Brasileira; os Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; os Conselhos Nacionais dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde; a Fundação para o Remédio Popular/SP; a Opas; o *Management Sciences for Health*; a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; as Universidades de Brasília e de São Paulo; as Universidades Federais de Minas Gerais, de Pernambuco, de São Paulo, do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul. Acrescem-se ainda as parcerias com as Escolas de Saúde Pública Estaduais (Ceará e Minas Gerais) e com o Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (Cebrim).

No que se refere a recursos financeiros, os quadros 1 e 2 abaixo apresentam o orçamento aprovado e o executado no biênio 2001/2002, para o programa assistência farmacêutica. O orçamento aprovado para 2002 foi de aproximadamente R\$ 440 milhões. Até o dia 23 de setembro de 2002, foram executados mais de 84% (R\$ 372,5 milhões).

### **Quadro 1. Dados orçamentários do “Programa Assistência Farmacêutica” para 2001, subprojetos/subatividades, orçamento aprovado, executado e porcentagem do executado.**

Subprojetos/Subatividades	Orçamento aprovado * para 2001	Executado*	% executado
Incentivo financeiro à Assistência Farmacêutica Básica	168.290,00	168.290,00	100,00
Aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos	122.112,43	121.840,43	99,78
Promoção de eventos sobre Assistência Farmacêutica	2.202,24	2.200,00	99,90
<b>Total</b>	<b>292.604,67</b>	<b>292.330,43</b>	<b>99,91</b>

\*Valores em R\$1.000,00

## QUADRO 2. Dados orçamentários do “Programa Assistência Farmacêutica” para 2002, subprojetos/subatividades, orçamento aprovado, executado e porcentagem do executado.

Subprojetos/Subatividades	Orçamento aprovado para 2002*	Executado*	% executado até 23/9/02
Incentivo financeiro à Assistência Farmacêutica Básica	172.461,00	119.633,87	69,37
Aquisição e distribuição de medicamentos e insumos estratégicos	267.101,00	252.389,23	94,49
Promoção de eventos sobre Assistência Farmacêutica	500,00	500,00	100
<b>Total</b>	<b>440.062,00</b>	<b>372.523,10</b>	<b>84,65</b>

\* Valores em R\$1.000,00

## A assistência farmacêutica na consolidação do SUS

A assistência farmacêutica é, certamente, um desafio para a consolidação do SUS que deve ser entendida como estratégia de suprimento de insumos e de serviços farmacêuticos que permita e efetive o princípio da integralidade da atenção à saúde. É no âmbito da assistência farmacêutica que se indica e realiza o consumo de medicamentos e de outros insumos fundamentais ao diagnóstico e à terapêutica, característica que lhe confere natureza estratégica, por mobilizar todo o Sistema para a implementação das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.

Atualmente, essa estratégia pode ser traduzida como um modelo de seleção, aquisição e distribuição de medicamentos, que inclui entre as ações de saúde serviços farmacêuticos qualificados, principalmente nas áreas de planejamento, distribuição, fiscalização, dispensação e supervisão/fiscalização. É necessário também que a PNM seja suficientemente flexível para atender as mais diversas realidades e níveis de atenção, mas que seja fundamentada nos princípios comuns do uso racional de medicamentos e do compromisso com a terapêutica de cada paciente. Além de dispor de instrumentos de gestão que permitam melhor resolução às intervenções terapêuticas farmacológicas e, conseqüentemente, o melhor uso dos recursos públicos.

A experiência acumulada na área da assistência farmacêutica indica uma agenda que contempla cinco eixos básicos. O primeiro, se refere à coordenação integrada no nível federal, organizando ou articulando todas as intervenções do Ministério da Saúde no campo da assistência farmacêutica e as demandas e impactos que ela estabelece em todas as áreas da PNM, tendo como itens principais: a) estruturação da assistência farmacêutica, traduzida não apenas no efetivo acesso aos medicamentos, mas mediante serviços farmacêuticos qualificados, tendo como objetivos a humanização do atendimento, o uso racional de medicamentos e a melhor resolubilidade das ações de saúde; b) regulação sanitária, para reforço e aprimoramento dos processos de controle sanitário, inclusive da fiscalização, que garanta segurança, eficácia e qualidade dos insumos e serviços; c) produção de medicamentos, de forma a instrumentalizar uma intervenção calculada no domínio da produção, prevendo um plano estratégico e transformador da função dos laboratórios oficiais e buscando orientar os produtores privados. em direção às necessidades do SUS; d) delinea-

amento e implementação de estratégias de desenvolvimento científico e tecnológico para a produção de fármacos e medicamentos, articuladas com as necessidades sanitárias da população, de forma a reduzir a dependência externa e conseqüente vulnerabilidade do país neste setor.

Um segundo eixo seria a estruturação de um modelo de assistência farmacêutica no SUS, que favoreça o efetivo acesso dos pacientes aos medicamentos prioritários ao seu tratamento, por meio de serviços farmacêuticos qualificados e que contemple um sistema de aquisição acordado entre os níveis de governo, que melhore a capacidade das compras públicas, facilite a gestão nos níveis executores, permita o melhor uso dos recursos e negociações permanentes com os produtores; e sistemas de distribuição e dispensação confiáveis, que incorporem uma mescla dos serviços públicos e privados, visando assegurar acesso facilitado e uso seguro e racional de medicamentos nas instituições públicas de saúde e farmácias comerciais.

Um outro eixo está representado por fontes de financiamento sustentável, mediante instituição de mecanismos que reservem um percentual do orçamento da saúde, em especial para: a) garantir disponibilidade e acesso gratuito a todos os medicamentos essenciais, prioritários ou estratégicos; b) buscar formas de reembolso ou co-participação como sistemas complementares da facilitação do acesso, inclusive para os planos e seguros de saúde; c) assegurar o desenvolvimento de estruturas de gestão de medicamentos (insumos e serviços), principalmente para aquisição, armazenamento, distribuição e controle de estoques e de serviços.

O quarto eixo diz respeito à capacitação de recursos humanos, articulada nos três níveis de gestão, priorizando: a qualificação do processo de gestão e do ciclo de assistência farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico. Finalmente, o quinto eixo, da cooperação internacional, visa a troca de informações decorrentes das experiências na promoção de uma assistência farmacêutica integral e consolidação da posição do país nos fóruns internacionais sobre medicamentos, junto com os seus parceiros na área, a exemplo do que vem ocorrendo com o Mercosul, G-15 e países da América do Sul.

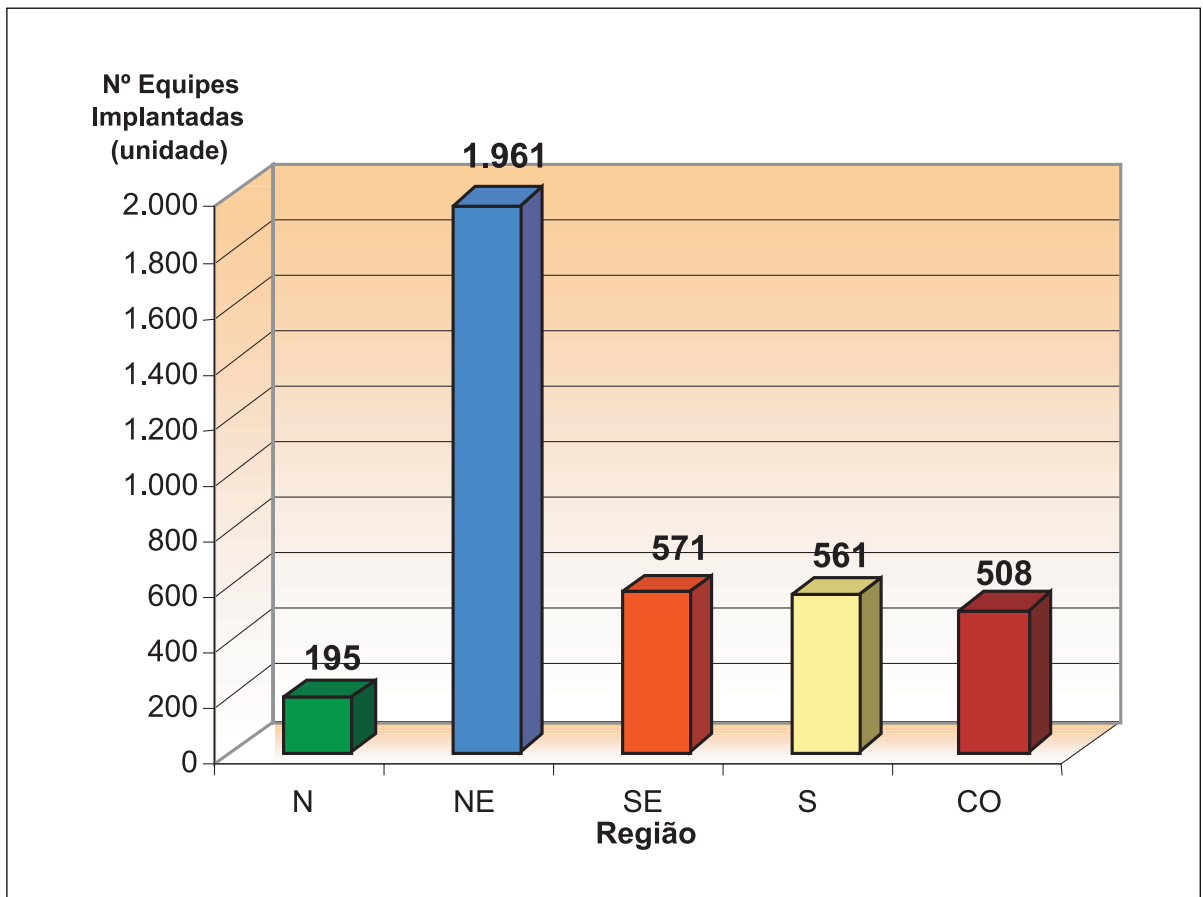


## Saúde Bucal

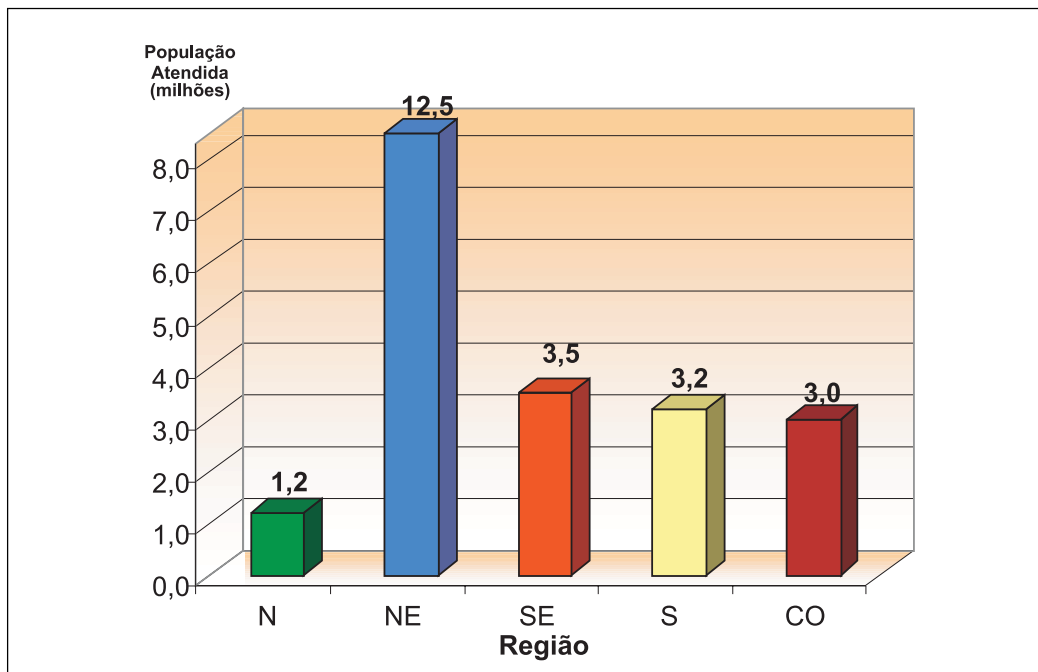
Para melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, um amplo debate com vistas à incorporação das equipes de saúde bucal às equipes de saúde da família, com o objetivo de ampliar as medidas preventivas, garantir os investimentos na área curativa e ampliar o acesso da população às ações nesta área. A partir dezembro/2000, foi estabelecido um incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal e a área foi incluída no PSF.

As equipes de saúde bucal começaram efetivamente a ser implantadas em março de 2001. De acordo com dados de agosto de 2002, já são 3.796 equipes em funcionamento, distribuídas em 2.080 municípios, beneficiando aproximadamente 23,4 milhões de brasileiros. Os gráficos e tabela abaixo mostram a distribuição e a cobertura das equipes de saúde bucal no país.

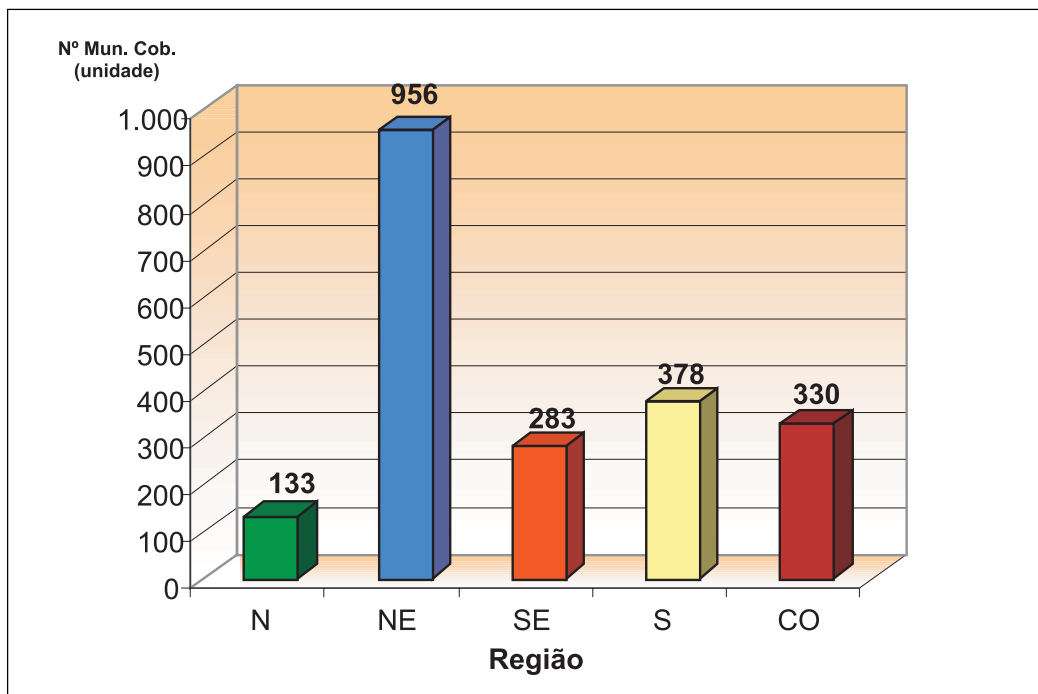
**Equipes de Saúde Bucal - Situação em Agosto/2002**  
**Distribuição por Região**



### Saúde Bucal: População Atendida - Brasil Ago/2002 Distribuição por Região



### Saúde Bucal: Municípios Cobertos - Brasil Ago/2002 Distribuição por Região



**Distribuição e cobertura das equipes de saúde bucal no país.**

Região/UF	População	Nº de Mun.	Saúde Bucal				
			ESB Impl.	Pop. Atend.	% de Cob.	Munic. Cob.	% de Cob.
<b>BRASIL</b>	<b>172.385.826</b>	<b>5.561</b>	<b>3.796</b>	<b>23.395.679</b>			
<b>NORTE</b>	<b>13.245.084</b>	<b>449</b>	<b>195</b>	<b>1.184.538</b>	<b>8,9</b>	<b>133</b>	<b>29,6</b>
AC	574.355	22	18	122.542	21,3	10	45,5
AM	2.900.240	62	32	220.358	7,6	17	27,4
AP	498.735	16	7	48.300	9,7	2	12,5
PA	6.341.736	143	27	184.949	2,9	16	11,2
RO	1.407.886	52	27	182.498	13	14	26,9
RR	337.237	15	2	11.927	3,5	2	13,3
TO	1.184.895	139	82	413.964	34,9	72	51,8
<b>NORDESTE</b>	<b>48.331.186</b>	<b>1.792</b>	<b>1.961</b>	<b>12.489.222</b>	<b>25,8</b>	<b>956</b>	<b>53,3</b>
AL	2.856.629	102	217	1.404.749	49,2	83	81,4
BA	13.214.114	417	179	1.199.081	9,1	85	20,4
CE	7.547.620	184	377	2.568.945	34	146	79,3
MA	5.730.467	217	107	725.203	12,7	56	25,8
PB	3.468.594	223	281	1.655.057	47,7	169	75,8
PE	8.008.207	185	211	1.444.831	18	63	34,1
PI	2.873.010	222	257	1.461.939	50,9	186	83,8
RN	2.815.244	167	208	1.226.771	43,6	126	75,4
SE	1.817.301	75	124	802.646	44,2	42	56
<b>SUDESTE</b>	<b>73.470.763</b>	<b>1.668</b>	<b>571</b>	<b>3.520.606</b>	<b>4,8</b>	<b>283</b>	<b>17</b>
ES	3.155.016	78	84	534.263	16,9	42	53,8
MG	18.127.096	853	237	1.507.377	8,3	120	14,1
RJ	14.558.545	92	29	189.681	1,3	12	13
SP	37.630.106	645	221	1.289.285	3,4	109	16,9
<b>SUL</b>	<b>25.453.264</b>	<b>1.189</b>	<b>561</b>	<b>3.207.324</b>	<b>12,6</b>	<b>378</b>	<b>31,8</b>
PR	9.694.709	399	262	1.621.740	16,7	149	37,3
RS	10.309.819	497	62	290.145	2,8	50	10,1
SC	5.448.736	293	237	1.295.439	23,8	179	61,1
<b>CENTRO-OEST</b>	<b>11.885.529</b>	<b>463</b>	<b>508</b>	<b>2.993.989</b>	<b>25,2</b>	<b>330</b>	<b>71,3</b>
DF	2.097.447	1	25	172.500	8,2	1	100
GO	5.116.462	246	308	1.728.787	33,8	202	82,1
MS	2.111.036	77	79	521.470	24,7	48	62,3
MT	2.560.584	139	96	571.232	22,3	79	56,8

Em 1986, o Ministério da Saúde constatou que o Índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos ou obturados) em crianças de 12 anos de idade era, em média, de sete dentes. Em 1996, esse número caiu para três dentes, ou seja, uma redução de 56%, o que coloca o país bem próximo de atingir o índice considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, que preconiza o máximo de três dentes cariados, perdidos ou obturados.

Encontra-se em implementação também o projeto Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000, conhecido como Projeto SB2000, que propõe a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal em todo o país a partir de uma amostra de 250 municípios. O sorteio dos municípios ocorreu de forma pública durante o V Congresso Internacional de Odontologia da Amazônia, no dia 28 de junho de 2000, com a participação de especialistas ligados à odontologia.

Aproximadamente 175 mil pessoas em todo o país estão sendo examinados, com idades variadas, desde bebês (18 a 36 meses de idade), passando por crianças e adolescentes, até adultos e idosos. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica, envolvendo várias instituições, com a participação de cerca de 1,2 mil examinadores. A maioria dos estados já iniciou o projeto. Três deles, Rio Grande do Norte, São Paulo e Rio Grande do Sul, já haviam finalizado a coleta de dados em outubro em 2002.

O MS constituiu também um grupo interdisciplinar para discutir questões referentes à saúde bucal, cujo principal tema abordado refere-se aos produtos com adição do íon flúor em sua fórmula. A ingestão exagerada de flúor, especialmente em crianças, ocasiona malefícios que vão desde a fluorose até as intoxicações agudas que podem causar a morte.

Entre as iniciativas que marcaram a atuação dessa área, destacam-se a incorporação das ações de saúde bucal ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a instituição do Dia Nacional de Saúde Bucal (25 de outubro) e a publicação do Manual “Controle da Infecção e a Prática Odontológica em Tempos de Aids – Manual de Condutas”, lançado em abril de 2000. Foi firmada ainda uma parceria técnica e financeira com a DST/Aids, o CFO, a ABO e a Federação Odontológica Latino-americana, para realização do curso “Controle das DST/Aids em Odontologia” no período 2000 /2001, cuja finalidade foi a capacitação de profissionais multiplicadores.

No âmbito do PSF, alguns desafios se apresentam como importantes para a consolidação das equipes de saúde bucal no Programa, como o estabelecimento de normas e protocolos de atenção clínica e de promoção em saúde bucal, bem como a revisão do Manual de Biossegurança na área. Esse Manual está sendo elaborado pelo Comitê Técnico Científico e as publicações pertinentes ao tema encontram-se em processo de elaboração. A incorporação no Programa Farmácia Popular/PSF de um kit composto por rol de produtos fundamentais para a prática em saúde bucal é uma necessidade em vias de atendimento, visto que os produtos já estão sendo licitados para distribuição trimestral, conforme cronograma deste Programa.

A inserção da saúde bucal na proposta de criação do Siab Plus (Sistema de Informação da Atenção Básica) é um do outro desafio. Esse será o primeiro sistema que, pautado na construção de indicadores de qualidade da atenção básica em saúde bucal, viabilizará informações para avaliação e tomada de decisão. O sistema de informações atualmente utilizado, o SIA/SUS, mostra-se inapropriado para o acompanhamento das ações de saúde bucal.

Uma expectativa da área é a inclusão dos profissionais de saúde bucal nas estratégias de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família. Para apoiar esse processo a Área Técnica está elaborando proposta para o desenvolvimento de competências do cirurgião

dentista, do técnico em higiene dental (THD) e do atendente de consultório dentário (ACD) que atuam nas ESB. Também se encontram em andamento projetos de estímulo à criação de novos cursos para formação THD e ACD. Buscando caracterizar o universo de atuação dos agentes comunitários de saúde nessa área, está em fase de conclusão a Cartilha do Trabalho do ACS na Saúde Bucal.

A constituição de Centros de Especialidade em Odontologia, que deverão tornar disponível o serviço de endodontia e emergência nos municípios sedes de módulo - dentro da concepção de redes de atenção preconizadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) -, é uma das medidas que deve ser priorizada. A proposta para organização desses Centros está em processo de discussão.



## **III. RESULTADOS**

### **B) Prevenção e controle de doenças e agravos**

1. Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus
2. Eliminação da Hanseníase
3. Controle da Tuberculose
4. Prevenção e Controle de DST/Aids
5. Hepatite Virais
6. Saúde do Trabalhador
7. Saúde no Sistema Penitenciário



## Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Em 2000, teve início a elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, cujas diretrizes foram estabelecidas pela Portaria Nº 235. A mesma Portaria instituiu o Comitê Técnico para assessorar na formulação e na implementação do Plano, que é integrado por técnicos da SPS e da SAS, representantes do Conass, do Conasems, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Diabetes, da Sociedade Brasileira de Hipertensão, da Sociedade Brasileira de Nefrologia, da Federação Nacional das Associações de Portadores de Hipertensão e da Federação Nacional das Associações de Portadores de Diabetes. O MS criou também os Comitês Estaduais, que são coordenados pelas SES, para agilizar a implementação do Plano, cujo acompanhamento e assessoria a estes Comitês são realizados por um grupo de consultores do Ministério.

O Plano, aprovado em janeiro de 2001 (Portaria N.º 16), tem como diretrizes essenciais a atualização dos profissionais da rede básica, a detecção de casos, a garantia do diagnóstico e a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento. A primeira etapa do Plano de Reorganização consistiu na realização de campanhas destinadas à detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus e de hipertensão arterial, para as quais realizou-se grande mobilização da população alvo – pessoas com idade igual ou superior a 40 anos – por intermédio de mensagens em rádio, televisão, *outdoors* e cartazes.

### Detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus

A campanha de identificação de suspeitos de DM pela rede básica do SUS foi realizada no período de 6 de março a 7 de abril de 2001 e consistiu em verificar, por intermédio da glicemia capilar, os níveis de glicose no sangue, utilizando glicosímetros e fitas reagentes. Foram considerados suspeitos os indivíduos que apresentaram glicemia de jejum com valores iguais ou superiores a 100mg/dl e glicemia pós-prandial com valores maiores que 140 mg/dl. Os indivíduos com níveis alterados de glicemia também tiveram sua pressão arterial aferida, tendo em vista que a coexistência das duas situações aumenta o risco de complicações cardiovasculares.

Para a realização dessa campanha, o Ministério forneceu aos estados e municípios 19,5 mil glicosímetros, 37,7 milhões de tiras reagentes e lancetas. Coube às empresas fornecedoras dos glicosímetros - escolhidas mediante licitação - o treinamento dos profissionais. Os aparelhos realizam testes de glicemia capilar com a técnica de leitura comparativa ou óptica através das tiras reagentes. O teste foi aprovado pela FDA (*Food and Drug Administration*) e possui um grau de confiabilidade maior que 0,9 comparado com a glicemia plasmática. Para a operacionalização da campanha, foram produzidos e distribuídos 100 mil cartazes de sala para profissionais de saúde, 200 mil cartazes de divulgação para utilização na convocação e esclarecimento da população, dois milhões de *folders* informativos distribuídos nos postos de atendimento e 25 mil cartazes de mesa contendo orientações para os profissionais da rede de saúde. Todo o material impresso foi entregue diretamente aos municípios.

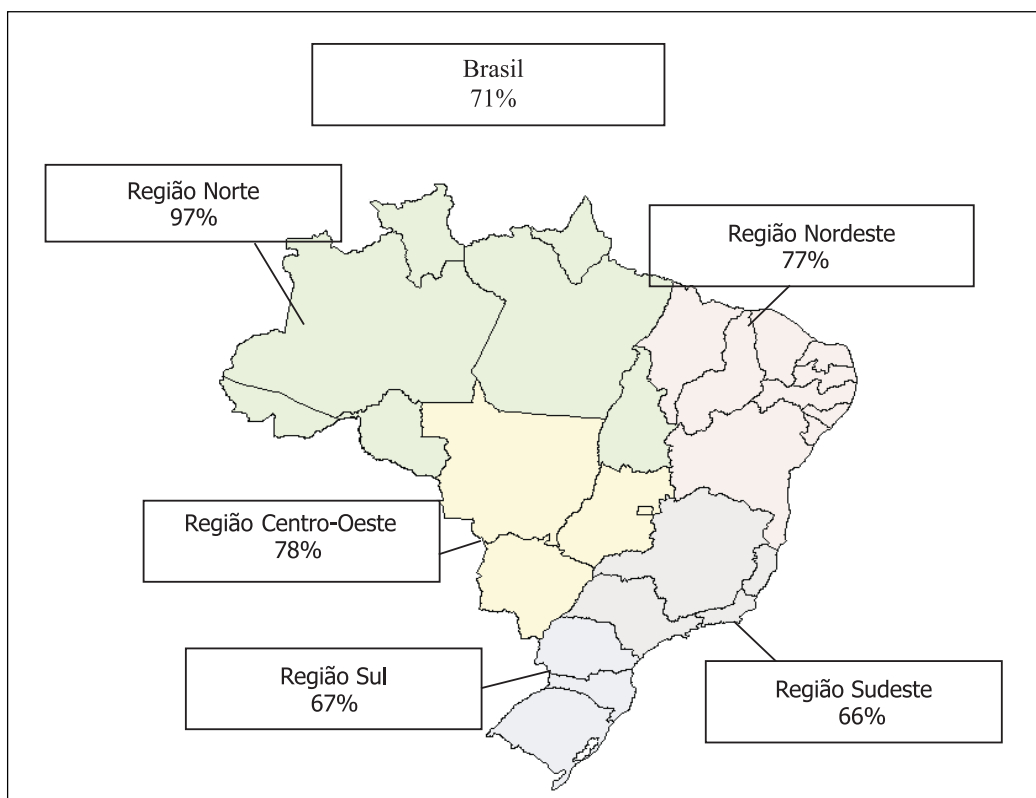
Dos 5.507 municípios existentes no país à época, 4.446 (81%) enviaram os dados sobre a cobertura da campanha de glicemia capilar. A população alvo total dos municípios informantes é de 28,16 milhões de pessoas. Durante a campanha foram realizadas 20,7 milhões de glicemias

capilares (71,15% da meta), identificando 2,9 milhões de suspeitos (14,66% do total da população testada).

O teste de glicemia capilar é indicado apenas para o rastreamento, não sendo utilizado, portanto, para o diagnóstico. Os suspeitos detectados nessa campanha foram submetidos ao exame de glicemia plasmática para confirmar o diagnóstico. Estima-se que 2,5 milhões de pessoas tenham o diagnóstico de diabetes confirmado. Dos 2,9 milhões de suspeitos de serem portadores de diabetes aproximadamente um milhão são portadores também de hipertensão.

Em termos regionais, a região Norte teve o melhor desempenho na campanha: realizou testes em 97% de sua meta populacional. As regiões Nordeste e Centro-Oeste obtiveram um resultado semelhante, conseguindo testar, respectivamente, 77% e 78% de sua população. As regiões Sul e Sudeste tiveram cobertura de 67% e 66%, respectivamente (Fig. 1).

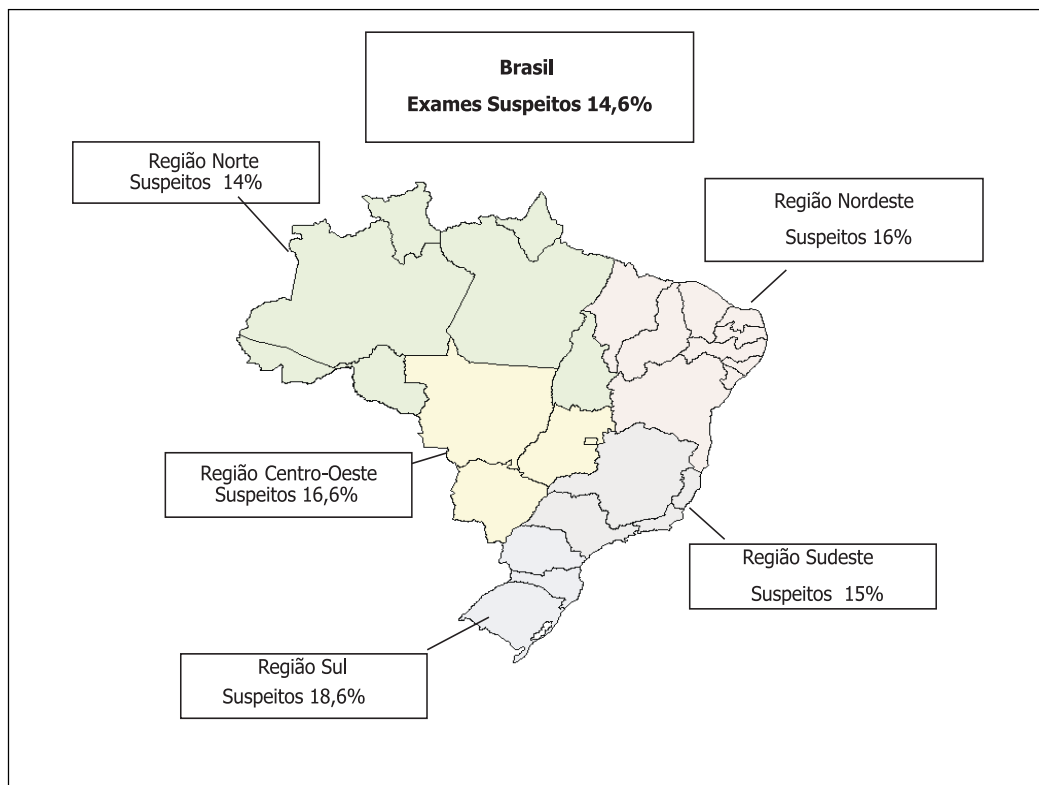
**Fig. 1 - Percentagem da população-alvo que realizou o exame de detecção durante a campanha por regiões, Brasil, março/2001.**



Análise dos resultados obtidos no desempenho dos municípios na execução da campanha possibilitou verificar que os municípios com população acima de 100 mil habitantes foram os que mais dificuldades encontraram no cumprimento das metas estabelecidas. A cobertura da campanha nos municípios com população abaixo de 100 mil habitantes foi marcadamente maior quando comparada com a cobertura observada nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Nos municípios com até 50 mil habitantes, a cobertura foi de 88,2% e, nos municípios com 50 a 100 mil habitantes, de 77,4%. Nos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes, a cobertura

observada foi bem menor (64,6%) e, naqueles municípios com população acima de 500 mil habitantes, a cobertura foi de 58,9%. Uma análise estatística comparativa, identificando fatores associados à menor cobertura da campanha em todos os municípios brasileiros, revelou que o fato de o município ter mais de 100 mil habitantes estava fortemente associado a uma cobertura da campanha menor que 80%.

**Fig. 2 – Percentual de suspeitos de diabetes por macrorregião - 2001**



Foi a primeira vez na história do Brasil que o serviço público realizou uma campanha de detecção de suspeitos com esse nível de cobertura. Além de detectar novos casos, a campanha contribuiu para a estruturação do atendimento dos portadores de diabetes mellitus na rede básica e, por intermédio da capacitação de recursos humanos, melhorar a adesão e o acompanhamento destas pessoas. Em termos mundiais, uma campanha como essa também é inédita. A Inglaterra e os Estados Unidos já realizaram campanhas, mas não há, na literatura, relato de nenhuma experiência com o teste aplicado na totalidade da população alvo no sistema público de saúde.

## Detecção de casos suspeitos de hipertensão arterial

No período de 5 de novembro de 2001 a 31 de janeiro de 2002, realizou-se a etapa de detecção de casos suspeitos de hipertensão arterial e promoção de hábitos saudáveis de vida, que teve como público alvo também a população com idade igual ou superior a 40 anos, usuária do SUS, que representa 31.473.529 pessoas.

A identificação ocorreu mediante a verificação da pressão arterial por auxiliares de enfermagem treinados, considerando-se suspeitos indivíduos cuja medida, realizada uma única vez, foi igual ou superior a 140/90 mmHg.

O rastreamento foi realizado, preferencialmente, nas unidades básicas de saúde, visando a vinculação dos casos confirmados à rede de serviços. Os municípios registraram no SIA/SUS todos os atendimentos realizados durante a campanha. A confirmação da elevação da pressão arterial foi feita pelo enfermeiro ou pelo médico, após a realização de duas medições. As pessoas que apresentaram elevação da pressão arterial foram registradas na unidade básica de saúde e encaminhadas para consulta médica. Posteriormente, ocorre a investigação dos fatores de risco para doença cardiovascular, sendo o paciente, então, cadastrado na unidade básica de saúde (UBS) para iniciar o tratamento e acompanhamento.

Os tensiômetros usados para aferir a pressão arterial foram doados aos municípios pelo Ministério da Saúde no decorrer da campanha. Ao todo, foram fornecidos 34,5 mil tensiômetros aneróides comuns e uma braçadeira para obesos para cada UBS. Foram distribuídos 35 mil cartazes com informações técnicas, 70 mil guias com orientações sobre procedimentos a serem seguidos diante do resultado da pressão arterial e 33.920 manuais de apoio aos profissionais acerca de hipertensão arterial e diabetes mellitus. O Ministério distribuiu também 1.019.157 mapas diários de atendimento, 32,5 mil fichas individuais de atendimento, cinco milhões de *folders* educativos, 8,4 milhões de cartões para registro dos pacientes, três mil boletins “Informe Saúde” sobre hipertensão, 102.217 fichas de registro de dados da campanha, 40 mil revistas “Hipertensão e Diabetes”, 2,7 milhões de fichas de cadastro de casos confirmados e dois milhões de cartilhas para hipertensos.

Um total de 4.147 municípios (75%) informou os dados da campanha à Coordenação Nacional até o dia 21 de outubro de 2002. Pelos dados preliminares, foi verificada a pressão arterial de 12.434.392 pessoas, o que representa 40% da população alvo. Destas, 4.502.347 foram diagnosticadas como suspeitas de serem portadoras de hipertensão, o que equivale a 36% do total de exames realizados. Falta, ainda, a informação de 1.414 municípios. Entre as pessoas consideradas suspeitas, 45,5% são do sexo masculino e 54,5% do sexo feminino. Os exames realizados na região Norte alcançaram 23% da população alvo. Na região Nordeste, 49%; na Sudeste, 36%; no Centro-Oeste, 35%; e na Sul, 41%. O percentual de suspeitos foi de 32%, 39%, 35%, 36% e de 34% respectivamente.

## Atualização para profissionais da atenção básica

No decorrer do processo de implementação do Plano, observou-se a necessidade de intensificar as ações de capacitação, as quais centraram-se na promoção da saúde, na prevenção dessas doenças e na abordagem diagnóstica e terapêutica. A formação de multiplicadores para a atualização em HA e DM aos profissionais da rede básica foi realizada em duas fases.

A fase 1 da capacitação foi desenvolvida em três momentos proporcionando um efeito “cascata”, como se segue:

- momento 1 - capacitações de multiplicadores em três oficinas macrorregionais (N+NE, SE+CO e S), com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, de municípios integrantes de grandes centros urbanos e de alguns outros indicados pelo Conasems por sua importância regional na área de saúde;
- momento 2 - os participantes do momento 1 fizeram a capacitação nas regionais de saúde de cada estado. Esse momento foi assumido pelos estados, com o suporte dos Comitês Estaduais do Plano de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, com desenho adequado a cada realidade regional;

- momento 3 - os participantes do momento 2 realizaram a capacitação dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde de todos os municípios que integram cada regional.

A estratégia operacional adotada nessas capacitações variou de estado para estado, conforme a realidade local e viabilidade para a realização, podendo ser promovidas adequações da metodologia e dos respectivos planos de treinamento. Segundo informações das SES, foram capacitadas, nessa fase, 14.123 pessoas entre multiplicadores e profissionais que atuam na rede básica. Esses números superam a meta inicial que era de capacitar 5.561 multiplicadores.

Em abril de 2002, teve início a fase 2 do processo, com a assinatura do Acordo de Cooperação Técnica entre o MS e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia e a implantação do Programa de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes. Para tanto, foi firmado um convênio com a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Funcor, que indicou os profissionais que atuariam tanto como orientadores quanto como instrutores das capacitações. Essa fase está se desenvolvendo em dois momentos:

- momento 1 – grupo de profissionais, integrantes das sociedades científicas parceiras no Programa de Educação Permanente, participantes ativos na elaboração do material didático para as capacitações, chamados de orientadores, repassam, em Oficinas Estaduais, denominadas de “Afinamento Metodológico”, o material didático, o esquema e o conteúdo programático das aulas, bem como a metodologia a ser utilizada nas capacitações, para os demais profissionais indicados pelas sociedades científicas (instrutores). Foram realizadas 27 oficinas em 21 estados com a participação de 475 instrutores. Essa etapa está concluída;

- momento 2 – esses instrutores, após participarem das Oficinas de Afinamento Metodológico e de posse do conteúdo programático, da metodologia e do material didático repassam, em oficinas municipais chamadas de “Oficinas de Atualização em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”, o conteúdo para todos os profissionais que atuam na rede básica dos serviços públicos de saúde (etapa em andamento).

Nessa estratégia, estão sendo utilizados materiais didáticos impressos e aula expositiva com *datashow*. As informações e os materiais foram produzidos pelo MS em parceria com as sociedades científicas e distribuídos para os instrutores e profissionais que atuam na rede básica. Todas as etapas de capacitação estão sendo acompanhadas pela Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção à HA e à DM, pelos consultores nacionais e pelas Coordenações e Comitês Estaduais do Plano. A meta dessa etapa, que se encontra em desenvolvimento, é capacitar cerca de 15.098 profissionais de nível universitário, dois por unidade básica de saúde.

## Cadastramento dos portadores

Os pacientes com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus e hipertensão arterial devem ser cadastrados no sistema informatizado intitulado de Hiperdia, criado especialmente para o atendimento destes portadores. Feito esse cadastramento, o paciente é vinculado à unidade básica de saúde para tratamento e acompanhamento.

O Hiperdia possibilita aos gestores o planejamento das ações necessárias ao atendimento dos pacientes, na medida em que fornece dados sobre a quantificação, a estratificação e de que forma esses portadores estão sendo acompanhados. Além disso, o sistema permite o levantamento do perfil epidemiológico do grupo de pacientes, o comportamento dos fatores de risco e as doenças concomitantes. Essa ferramenta facilitará o cumprimento, por parte dos municípios, da responsabilidade prevista na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/02) quanto às áreas estra-

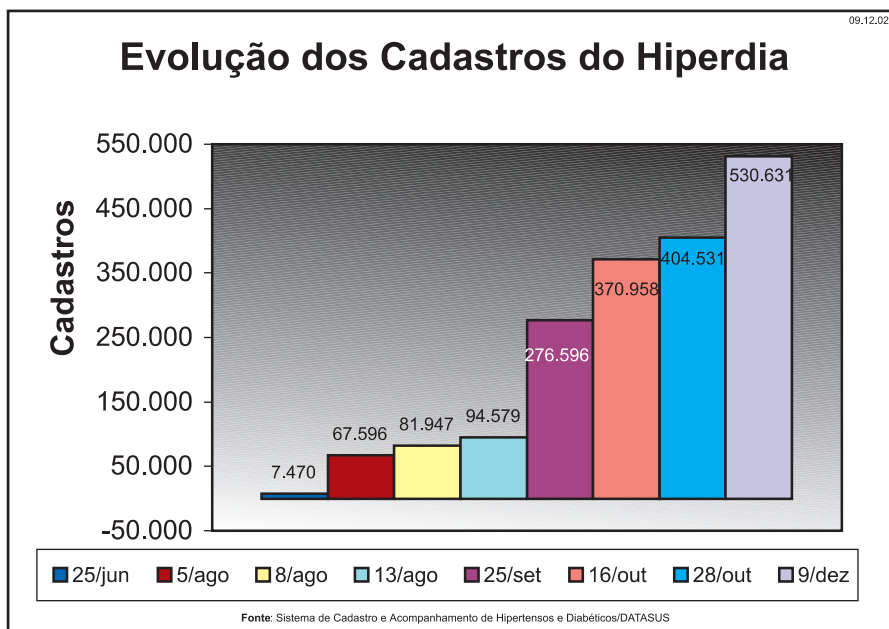
tégicas da atenção básica ampliada, que prevê o cadastramento dos pacientes diabéticos e hipertensos e a alimentação dos sistemas de informação nessas áreas.

Para que o município possa aderir ao Programa de Assistência Farmacêutica, o gestor municipal firma um Termo de Adesão, responsabilizando-se por cadastrar e acompanhar os portadores dessas doenças, de forma a assegurar aos pacientes cadastrados o recebimento dos medicamentos prescritos conforme protocolo padronizado pelo Plano de Reorganização. Os municípios que participam do Programa de Assistência Farmacêutica devem utilizar o HiperDia, mediante o qual é possível ainda gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os pacientes cadastrados.

O Sistema está integrado ao Cartão Nacional de Saúde, transferindo e recebendo dados do sistema de Cadastro de Domicílios e Usuários do SUS (Cadsus), garantindo, assim, a identificação única do usuário do Sistema, por meio do número deste Cartão Nacional. O sistema é composto por dois módulos (Módulo Municipal e Módulo Federal). O HiperDia (inclusive o termo de adesão) poderá ser copiado, ou seja, poderá ser feito o *download* do endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sps> ou <http://www.datasus.gov.br>, no qual aparecerá um ícone do HiperDia e na BBS/MS, área de conferência 25, HiperDia. Todos os municípios integrantes do Programa devem utilizá-lo.

Os dados apresentados a seguir foram obtidos com as informações de cadastramento dos municípios até 16 de outubro de 2002.

**Fig 3 - Evolução dos Cadastros no Hiperdia nos diversos meses - Brasil - Out/2002**



Fonte: MS/Datasus

Na figura 3, observa-se a evolução do número de municípios que aderiram ao Programa e que se cadastraram. Um total de 4.735 municípios já enviaram seus termos de adesão, com uma estimativa de mais de 16 milhões de portadores de hipertensão arterial e de cerca de cinco milhões portadores de diabetes mellitus. Desses municípios, 1.192 já enviaram seus dados, perfazendo um total de 404 mil

pacientes cadastrados. Do total de pacientes, mais de 350 mil são portadores de hipertensão, aproximadamente 90 mil são diabéticos e cerca de 80 mil são portadores das duas doenças.

Dos portadores de hipertensão, mais de 107 mil são do sexo masculino e mais de 240 mil do feminino. Noventa e quatro por cento estão com idade igual ou superior a 40 anos. Dos portadores de diabetes, mais de 27 mil são do sexo masculino e mais de 63 mil do feminino. Noventa e cinco por cento deles têm idade igual ou superior a 40 anos. Dos portadores de diabetes e hipertensão, 22,9 mil são do sexo masculino e 57 mil do feminino.

O sistema de cadastramento permite observar que, dos pacientes cadastrados, 10,22% dos hipertensos apresentam alguma forma de complicação, como angina, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Entre os diabéticos, 7,55% apresentam complicações, como o pé diabético, amputação, doenças renais, fundo de olho alterado. Pode-se observar também que dos pacientes cadastrados, 86,9% fazem uso de tratamento medicamentoso.

## Assistência farmacêutica

Com a implementação do Plano de Reorganização e o conseqüente aumento da demanda gerada pelas campanhas de informação e detecção de novos casos de diabetes mellitus e de hipertensão arterial, iniciou-se as discussões sobre estratégias de tratamento, incluindo aí o fornecimento de medicamentos para os portadores destas patologias. A partir dessas discussões e pactuações entre os vários setores envolvidos, o Ministério da Saúde criou, em março de 2002, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Pelo programa, são distribuídos medicamentos aos portadores dessas doenças a todos os municípios. Os medicamentos são adquiridos e enviados de acordo com a estimativa de portadores dessas patologias e conforme o esquema terapêutico proposto.

Foi pactuado entre o Ministério da Saúde, Conasems, Conass, Sociedades Científicas e Federação de Portadores, que o Captopril, a Hidroclorotiazida e o Propranolol seriam os medicamentos oferecidos aos portadores de hipertensão arterial. Para o tratamento dos portadores de diabetes mellitus, definiu-se pela utilização da insulina NPH-100UI, Glibenclamida e Metformina. A definição por esses medicamentos foi aprovada pelo Comitê Técnico Nacional e resultou de consultas a diversos estudos e pesquisas nacionais e internacionais. Vale ressaltar que esses medicamentos são considerados essenciais pela OMS e integram a atual Relação Nacional de Medicamentos (Rename).

**Fig 4 - Medicamentos prescritos segundo cadastramento de hipertensos e diabéticos outubro/2002.**

Medicamentos	Comprimidos/Dia	Comprimidos/Mês
Captopril 25 mg	280.625	8.418.750
Glibenclamida 5 mg	76.079,5	2.282.385
Hidroclorotiazida 25 mg	186.554,5	5.596.635
Metformina 850 mg	19.655,5	589.665
Propranolol 40mg	79.758,5	2.392.755
<b>TOTAL</b>	<b>642.673</b>	<b>19.280.190</b>
Insulina	413.743 und/dia	12.412.290 und/mês

## Avaliação de resultados

A avaliação das ações de prevenção e controle da HA e do DM está sendo efetuada através de termo de Cooperação Técnica firmado entre a SPS e o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A avaliação do impacto das campanhas, em relação à organização dos serviços e à situação clínica dos portadores, é feita por meio de uma série de estudos realizados em esfera nacional.

A análise dos dados das campanhas de detecção de HA e DM e seus fatores associados demonstrou que a campanha de DM teve uma melhor participação dos usuários – 73% de cobertura contra 48% em HA – e que em ambas a maior cobertura aconteceu onde a população é atendida pelo PSF/PACS e a menor nas regiões metropolitanas.

A avaliação nas mudanças estruturais e dos processos de trabalho, realizada em amostra de conveniência em 13 municípios brasileiros selecionados, demonstrou que - pelo menos em parte - o objetivo de induzir mudanças foi alcançado, pois 81,5% dos municípios pesquisados implementaram alguma forma de organização com maior agilidade para o atendimento aos portadores dessas patologias e 75% dos profissionais da rede básica consideraram a iniciativa de efetuar a campanha como boa.

A análise das glicemias de 130 mil indivíduos que participaram da campanha de DM em municípios selecionados, após excluídos aqueles que já tratavam a doença, demonstrou que 16% dos exames realizados foram considerados acima do normal, havendo a indicação imediata para o exame confirmatório de grande número de pessoas - 4% da população alvo - identificadas como prováveis diabéticos.

Também foi realizada uma amostra representativa dos participantes da campanha de DM (busca ativa de pacientes), a qual demonstrou que 49% daqueles que apresentaram glicemia alterada fizeram um teste de confirmação diagnóstica, em média 3 meses após a campanha. Aproximadamente 65% dos indivíduos foram examinados por médico, 32,9% tiveram seu diagnóstico de DM confirmado e 71% dos diagnosticados estão sendo acompanhados pelo SUS. Esse estudo permitiu estimar que aproximadamente 300 mil novos casos de DM foram diagnosticados no Brasil, a partir da campanha.

O estudo de custo-efetividade do rastreamento demonstrou que o custo estimado por caso de DM diagnosticado variou de R\$ 56,00 a R\$ 154,00. Este valor varia conforme o número de indivíduos detectados como suspeitos que confirmaram o diagnóstico. Já o custo por caso diagnosticado de HA seria de R\$ 11,60 em um cenário onde todos os indivíduos com pressão arterial suspeita tivessem feito a confirmação. Na perspectiva de que 50% dos casos suspeitos tenham buscado confirmação diagnóstica (como demonstrado em áreas cobertas pelo PSF), o custo estimado variou entre R\$ 14,00 e R\$ 24,00. A diferença de valores por caso diagnosticado entre as campanhas de DM e de HA se deu, principalmente, pelo custo com a aquisição de equipamentos (maior com a aquisição de glicosímetros, fitas reagentes e lancetas e acentuadamente menor com a aquisição de tensiômetros).

O real impacto econômico das campanhas de detecção será obtido se os casos detectados precocemente forem manejados com o objetivo de reduzir ou retardar as complicações e mortalidade por essas doenças.

Dados preliminares da avaliação, em amostra representativa, da campanha de HA – busca ativa de pacientes – demonstram que, dos 5.000 indivíduos que tiveram glicemia alterada na campanha de DM, 1.534 aferiram sua pressão arterial e, destes, 62% estavam com a PA elevada.

Dos diagnosticados como hipertensos, 98% usavam ou passaram a fazer uso de medicamentos, sendo que 73% desses utilizam medicamentos do SUS (65% obtêm os medicamentos no próprio local da consulta) e 20% adquirem-nos.

Outros estudos, com a etapa de campo já concluída, estão em fase de análise e pretendem avaliar os resultados das ações de prevenção e controle do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial nos serviços, através de questionamentos com os profissionais que atuam na rede básica dos serviços de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, gerentes de UBS e dispensador farmacêutico).

## Desafios e perspectivas

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus apresentam elevados custos médico-sociais, principalmente pela participação que têm em complicações como infarto, acidente vascular encefálico, amputações de pés e pernas, cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais, doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

A adesão do paciente ao tratamento é, seguramente, o maior desafio a ser enfrentado pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde. Vários fatores podem interferir ou dificultar a adesão do portador ao tratamento, destacando-se os relacionados ao próprio paciente, à doença, ao tratamento em si, aos aspectos institucionais e ao relacionamento com os membros da equipe de saúde.

Características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças devem ser considerados. Pessoas mais jovens, do sexo masculino e com baixa escolaridade, tendem a ser menos aderentes ao tratamento. A baixa condição socioeconômica pode ser fator limitante para o acesso ao tratamento e aquisição dos medicamentos, enquanto que mudanças nos hábitos de vida e culturais requerem determinação e empenho do paciente e da equipe de saúde. O fato de essas doenças serem crônicas, não apresentarem uma sintomatologia específica e de as complicações só aparecerem em longo prazo também contribui para a não adesão ao tratamento.

Em relação ao tratamento medicamentoso, destacam-se os custos, os efeitos indesejáveis, os esquemas terapêuticos complexos e a longevidade deste tratamento. Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HA e DM no âmbito da atenção básica, em grande parte do país observa-se a falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde. Em geral, o atendimento aos pacientes ocorre de modo não sistemático nos serviços de emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos-alvo e do tratamento adequado a cada caso.

O acompanhamento e o controle da HA e DM no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade por estes agravos.

No campo da promoção da saúde e da redução de fatores de risco, a situação é também difícil sobretudo pela falta de tradição dos serviços de saúde na realização sistemática de tais ações. Em face dessas considerações, é importante que seja dada continuidade e implementadas novas ações no âmbito da promoção da saúde e da prevenção. A continuidade do processo de capacitação de recursos humanos é condição igualmente estratégica para o êxito dessas ações.

Para o efetivo controle da HA e da DM esforços devem ser empreendidos buscando constan-

temente estratégias que visem à mobilização da população para a adoção de hábitos saudáveis de vida, à detecção precoce, e, uma vez confirmado o diagnóstico, proporcionar o cadastramento e a vinculação às unidades básicas, aumentando a aderência ao tratamento. Essas são as ações que deverão nortear o Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus não prescindindo, porém, das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames para auxílio diagnóstico a serem oferecidos ainda na atenção básica. Assim implementado, o Plano irá melhorar a qualidade de vida dos portadores e diminuir os custos médicos e sociais, inclusive os do financiamento da atenção a esses agravos e suas complicações.

## Eliminação da Hanseníase

A eliminação da hanseníase no Brasil até 2005 é a meta em relação à doença. Existem 70 mil casos de hanseníase registrados no país, e são detectados, aproximadamente, 40 mil novos casos a cada ano. O compromisso de eliminar a doença, assumido pelo governo brasileiro em 1991, durante a 44ª Assembléia Mundial de Saúde, foi reafirmado em 1998, na III Conferência Mundial para a Eliminação da Hanseníase. O alcance da meta significa a redução da taxa de prevalência da doença a  $< 1$  doente a cada 10 mil habitantes.

Em 2001, o Ministério da Saúde, em parceria com as SES e SMS, lançou o “Plano de Mobilização para a Intensificação das Ações de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose”, considerando as condições objetivas para tal, entre as quais a existência de recursos financeiros, o conhecimento técnico atualizado e o alto grau de descentralização das ações e serviços de saúde; e a expansão considerável do PSF e do Pacs em todo o País.

Há, portanto, um ambiente propício para que os três níveis de governo, em conjunto com a sociedade, estabeleçam uma ação mobilizadora nacional, que está centrada em seis eixos: mobilização técnica, política e social em torno das metas de eliminação da hanseníase; descentralização das ações e mudança do modelo de atenção, com reorganização de serviços; melhoria da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação; ampliação e qualificação da rede de laboratórios e diagnósticos; garantia de assistência farmacêutica, com distribuição descentralizada e acompanhamento dos estoques; e a capacitação e desenvolvimento de recursos humanos.

O principal projeto em desenvolvimento pela Área é a “Estratégia para o Impulso Final para a Eliminação da Hanseníase”, cujo objetivo é acelerar o processo de descoberta da prevalência oculta da hanseníase; o tratamento dos doentes, com redução das taxas de abandono; e a informação à população. Nesse sentido, o Ministério da Saúde editou, em 9 de outubro de 2002, portaria que institui o incentivo à detecção de casos, destinado aos municípios considerados prioritários no processo de eliminação da doença.

Os municípios considerados prioritários preenchem os seguintes critérios: (a) população inferior a 20 mil habitantes e descoberta de mais de 12 casos; e (b) população acima de 20 mil habitantes, com taxa de prevalência  $> 4/10.000$  hab. e taxa de detecção  $> 2/10.000$  hab. Além disso, o Ministério da Saúde, de acordo com o Projeto de Impulso Final, está induzindo a criação de Alianças Municipais para a Eliminação da Hanseníase e o desenvolvimento de estratégias voltadas à intensificação do diagnóstico da doença, mediante a realização de mutirões, que buscam detectar casos ocultos.

As principais estratégias para que a meta de eliminação da doença seja alcançada, são: capacitar equipes de saúde da família e agentes comunitários e da rede básica de saúde, manter a educação permanente das equipes de saúde da família e da rede básica; e expandir a implantação das equipes do PSF e agentes comunitários para a universalização das ações de controle da hanseníase.

A mobilização política dos estados e municípios para que seja dada a devida ênfase à meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública é uma das atuais estratégias. Isso envolve, por exemplo, realização de mutirões para o diagnóstico e a criação de alianças municipais anteriormente mencionadas. Durante o ano de 2002, foram realizados mutirões para diagnóstico

de hanseníase nos municípios de Marabá, Boa Vista e Santarém, além dos estados da Paraíba, Rio de Janeiro e fronteiras dos estados do Maranhão, Pará e Tocantins. Também são consideradas medidas estratégicas a garantia de insumos para o diagnóstico e tratamento da hanseníase na rede básica de saúde, articulação com os pólos de capacitação para o desenvolvimento das capacitações e articulação com segmentos da sociedade e ONGs nacionais e internacionais.

As principais parcerias e interfaces do processo são com ONGs, Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Opas/OMS, SBD, SBH, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nas alianças estaduais e municipais, tem-se incentivado a parceria com diferentes grupos ou entidades que possam reforçar a disseminação da informação sobre a hanseníase, tais como Rotary, Lyons Club, associações de moradores, igrejas, clube de mães etc.

No tocante aos recursos disponíveis, o orçamento para as ações em 2002 é da ordem de R\$ 14,106 milhões. Nesse montante, não estão incluídos recursos para a compra dos medicamentos específicos, que são doados pela OMS. O Ministério da Saúde adquire os medicamentos anti-reacionais para 15% dos pacientes e para esquemas alternativos (5% dos pacientes).

## Resultados alcançados

**Tabela 1 - Hanseníase, Prevalência e Detecção, Brasil (1998-2001)**

ANO	1998		1999		2000		2001	
	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000	Nº	Coef./ 10.000
Prevalência	87.737	5,50	83.180	5,07	77.676	4,68	72.589	4,28
Detecção	42.055	2,60	41.119	2,51	41.082	2,47	35.975	2,12

Fonte: MS/Sinan

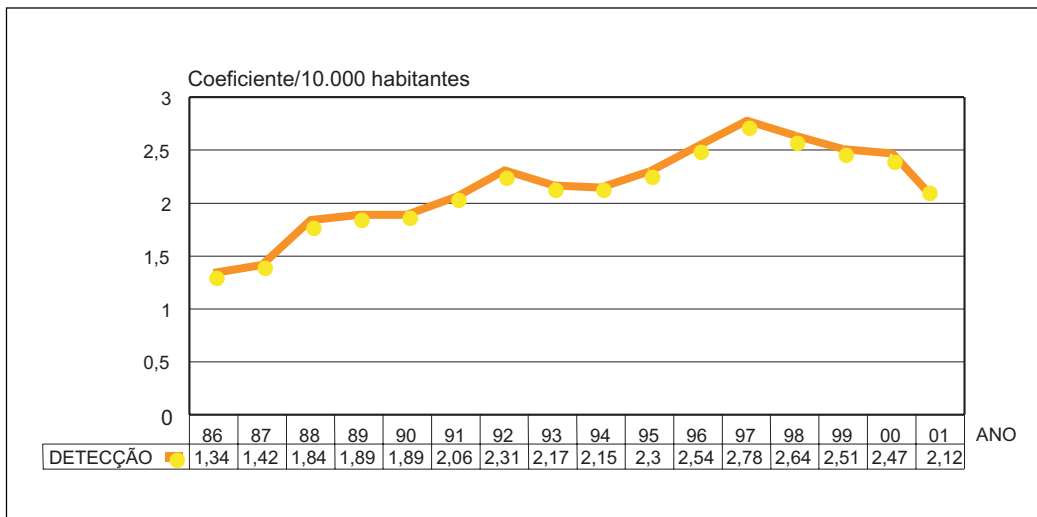
**Tabela 2 - Hanseníase, Outros Indicadores, Brasil (1998-2001)**

ANO	1998	1999	2000	2001
<b>Indicador</b>				
% Incapacidades físicas no diagnóstico (Grau II)	9%	7%	5%	5%
Inclusão de casos novos em PQT/OMS	99%	99%	99%	100%
Taxa de abandono	17%	14%	12%	11%

Fonte: MS/Sinan

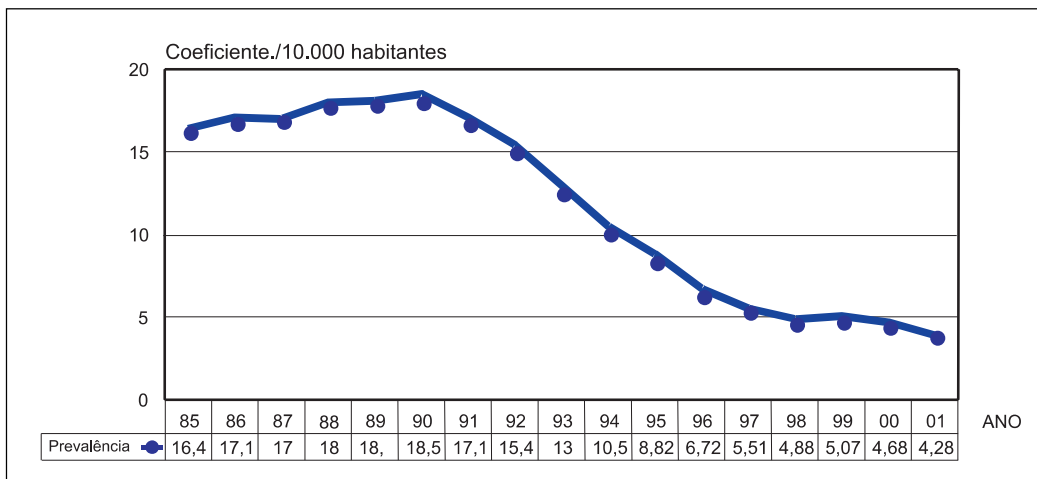
Os gráficos 1 e 2 mostram as curvas de detecção e prevalência no período de 1986 a 2001.

**Gráfico 1**  
**Hanseníase – Taxas anuais de detecção**  
**BRASIL, 1986 a 2001**



\* Dado preliminar (total de casos 35.975). Posição 03/07/2002.

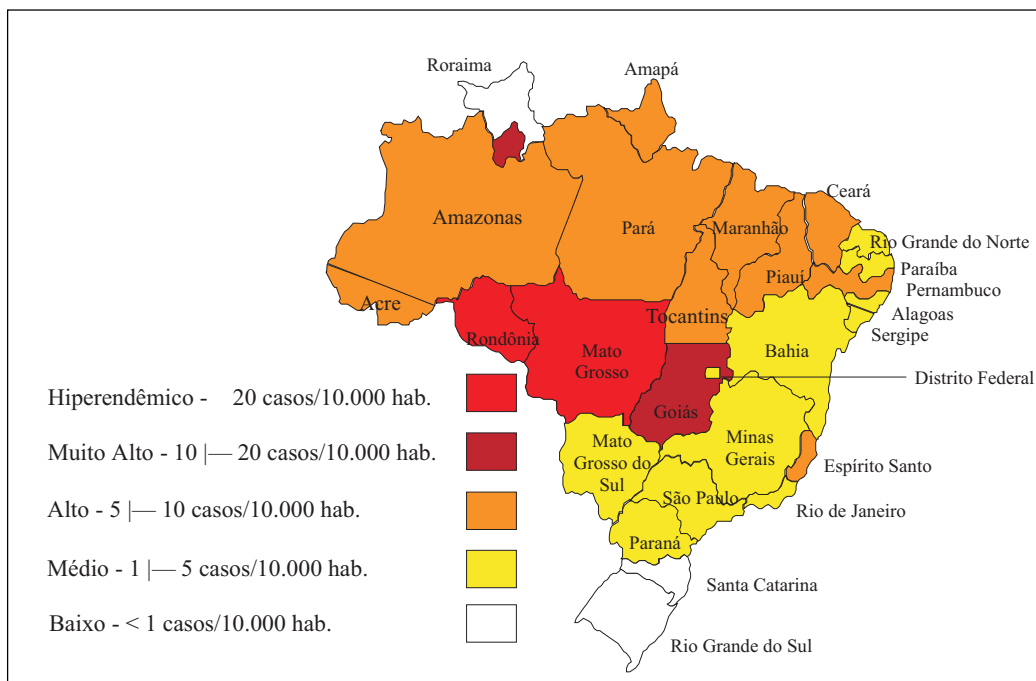
**Gráfico 2**  
**Situação da prevalência da hanseníase no**  
**Brasil no período de 1985 a 2001\***



\* Dado preliminar (total de casos 72.589). Posição 03/07/2002.

O Brasil alcançará, até, 2005, a eliminação da hanseníase em nível nacional. Até 2001, estavam com taxa de prevalência < 1/10.000 hab os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul e com eliminação prevista para 2003 o Paraná, Distrito Federal, Rio Grande do Norte e São Paulo.

## Distribuição das UFs segundo níveis endêmicos - Brasil 2001



Fonte: ATDS/DAB/SPS/MS; SES; IBGE.

## Alcance da meta

A eliminação da hanseníase em nível nacional deverá ser alcançada até 2005, pois os estados que eliminarão esta doença apresentam 48% dos doentes do registro ativo, 50% da detecção de casos novos e 80% da população do Brasil. No período de 1998 a 2001 a taxa de prevalência foi reduzida em 15% e a detecção manteve-se dentro dos padrões estabelecidos pelos estudos de tendência da doença. Também foi reduzida em 16% as incapacidades no momento do diagnóstico e em 30% a taxa de abandono.

A gestão descentralizada para as ações de eliminação da doença é fundamental para o alcance da cobertura universal. Isso interromperá a cadeia de transmissão da hanseníase mediante o seu diagnóstico precoce, o tratamento com PQT/OMS e a redução do abandono. Essa descentralização envolve a capacitação e ampliação do quantitativo de recursos humanos, que foi efetivada nos anos de 1998 a 2001.

Em 2001, o Brasil foi sede de dois importantes eventos internacionais. Um deles foi a II Reunião da Aliança Global para a eliminação da Hanseníase. A reunião contou com a participação de representantes da OMS/Opas, ministros da saúde dos 12 países mais endêmicos, ONGs, e da *Sasakawa Memorial Health Foundation*. Nesse encontro, reafirmou-se o compromisso dos países endêmicos com a eliminação da doença até o ano de 2005. O Brasil preside, durante 2002, a Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase. O 16º Congresso Internacional de Hanseníase também foi realizado no Brasil, na cidade de Salvador (BA), no período de 4 a 9 de agosto de 2002, que contou com 1.700 profissionais de todo o mundo. O Congresso não ocorria no Brasil desde 1963.

Entre os desafios e perspectivas para eliminar a doença como problema de saúde, destacam-se a manutenção do Impulso Final para a Eliminação da Hanseníase, a implementação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em todos os estados, a manutenção, em níveis adequados, dos estoques de medicamentos e a capacitação de 37.960 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) para o diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Outras ações também devem ser implementadas, tais como: implantação do processo de monitoração da eliminação da doença naqueles municípios que alcançarem a taxa de < 1 doente a cada 10 mil habitantes; descentralização as ações de eliminação de hanseníase em regiões prioritárias do país; implementação do processo de reestruturação dos hospitais ainda não adequados à nova política de eliminação da hanseníase; e criação de grupo técnico nacional para assessorar estados no processo de reestruturação dos hospitais-colônia que ainda não implantaram esse processo.



## Controle da Tuberculose

Em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PCT), que introduziu diversos avanços no combate à doença, entre os quais a extensão da cobertura do PCT mediante a inclusão das ações de controle da tuberculose nas ações básicas de saúde, o tratamento supervisionado e uma nova lógica de repasse automático de recursos financeiros para os municípios, por meio do incentivo-bônus a todo caso de tuberculose diagnosticado, tratado e curado (Portaria conjunta N.º 5/99). Com o plano foi incrementado o uso da baciloscopia de escarro para diagnóstico da tuberculose nos sintomáticos respiratórios examinados e o acompanhamento da evolução do tratamento dos casos de tuberculose pulmonar positiva.

Propunha-se, desse modo, uma redução na incidência de no mínimo 50% e da mortalidade em 66% até o final de 2007. Em outubro de 2000, em complementaridade ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose, foi lançado o Plano Estratégico para a Implementação do Programa de Controle da Tuberculose para o período de 2001 a 2005. Esse plano quinquenal teve como objetivo possibilitar aos profissionais de saúde atuação integrada na atenção básica, capaz de obter o controle da doença em nível local e, mais que isso, procurou estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do programa.

O Brasil, nos anos de 1998 a 2001, manteve a taxa de 76% dos seus municípios com pelo menos uma unidade básica de saúde com atividades de controle da tuberculose implantada. Dados dos estados e das solicitações de pagamento do incentivo-bônus mostraram que o percentual de unidades de saúde que realizam o tratamento supervisionado de tuberculose foi de 5%, em 1999, 15%, em 2000, e 26%, em 2001, sendo que, em relação à cobertura populacional, estima-se ter alcançado 32,2%, em 2001.

Em 2000, dos 9.500 laboratórios públicos e conveniados ao SUS no país, aproximadamente a metade, ou seja, 4.207 realizavam baciloscopia, sendo que apenas 20% dos laboratórios que realizavam baciloscoapias em 1997 eram submetidos ao Controle de Qualidade pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), enquanto que, em 2000, este percentual salta para 45% do total de laboratórios.

No ano de 1998, foram realizadas 246.960 baciloscoapias de diagnóstico. Em 2000, foram 707.710; e em 2001, um total de 792.062, representando um aumento de 186,57% e 220,72%, respectivamente, superando assim a meta estabelecida. O número médio anual de casos notificados no período de 1989 a 1999 foi de 82 mil, média que foi mantida nos anos seguintes. Entretanto, os números referentes à notificação devem ser vistos com certa cautela, pois estão sujeitos à subnotificação e ao atraso no envio das fichas, além do que alguns estados não estavam informatizados ou utilizavam outro sistema, diferente do Sinan.

Enquanto a detecção de casos em 1998 foi de 77%, a de 1999 foi de 74% dos casos estimados. Em 2000, esse percentual sobe para 84%. Os dados relativos a 2001 ainda estão sujeitos à revisão devido à ausência dos casos notificados pelos estados de Amazonas, Acre, Roraima, Amapá, Sergipe, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul.

Os percentuais de abandono mantiveram-se em patamares em torno de 12%, no período de 1998-2000, não estando disponíveis ainda os dados de 2001 e 2002.

O número de incentivo-bônus para caso curado de tuberculose teve um acréscimo de 327%

no período de 1999 a 2000 e de 11% de 2000 a 2001, em função de campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, sendo que, em 2001, todos os estados solicitaram o pagamento desses procedimentos.

As programações das necessidades de medicamentos para tuberculose foram encaminhadas pelos estados às Áreas Técnicas de Pneumologia Sanitária e Assistência Farmacêutica do Departamento de Atenção Básica da SPS. Em conjunto com a Coordenação de Planejamento e Projetos de Medicamentos da Secretaria Executiva/MS, foi então organizado o processo de produção, aquisição e distribuição dos medicamentos para os estados. Vale destacar que a implantação do sistema de programação e controle de medicamentos para o ano de 2001 garantiu maior racionalidade no manejo de estoques e acompanhamento das demandas pelos três níveis de governo.

## Financiamento

Nos últimos anos, a previsão orçamentária para Prevenção e Controle da Tuberculose e outras pneumopatias foi ampliado de R\$ 24,7 milhões, em 2000, para R\$ 32,4 milhões, em 2002, programando-se para 2003 um gasto de R\$ 33,9 milhões. As despesas estão divididas entre as seguintes atividades/projetos: convênios com os estados; estudos e pesquisas sobre prevenção e controle da TB e outras pneumopatias; incentivo-Bônus; produção, aquisição e distribuição de medicamentos e realização de eventos técnicos.

No triênio 2000-2002, o Ministério da Saúde gastou com medicamentos um total de R\$ 30.126.420,00, valor suficiente para a garantia do abastecimento de medicamentos para todos os estados. O incentivo-bônus repassado aos municípios pela detecção e cura de pacientes com tuberculose representou uma despesa de R\$ 15.417.200,00, estando previsto no orçamento 2003 um gasto de R\$ 8,2 milhões. Nesse período, o MS celebrou 28 convênios com estados, totalizando R\$ 3,6 milhões.

Com estudos e pesquisas sobre prevenção e controle da tuberculose, foram investidos R\$ 603 mil, prevendo-se para 2003 recursos da ordem de R\$500 mil. Além disso, o MS despendeu com a promoção de eventos técnicos R\$ 90 mil no período.

## Controle da doença

A tuberculose pode ser considerada uma endemia contida, mas ainda constitui um importante problema de saúde pública no país. Estima-se que cerca de 50 milhões de brasileiros estão infectados e que ocorrem cerca de 129 mil novos casos a cada ano. Desse total, 75% são detectados, dos quais três quartos são curados, mas seis mil pessoas vítimas da doença ainda morrem por ano. A tuberculose é a primeira causa de morte entre os doentes de aids e são preocupantes os riscos de resistência medicamentosa múltipla.

O Ministério da Saúde lançou, em novembro de 2001, o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação para as Ações de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, estratégia articuladora e dinamizadora que consolida os avanços conquistados em etapas anteriores e representa novo esforço nacional no desafio de controlar a tuberculose. A meta é aumentar as taxas de detecção para 90% e de cura para, no mínimo, 85% e reduzir a taxa de abandono de tratamento para menos de 5%, até 2005. O Plano é executado com o envolvimento dos gestores de saúde, com o apoio da OMS/Opas, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e instituições

representativas da sociedade civil, sendo definidos 329 municípios prioritários, identificados por critérios epidemiológicos e populacionais.

O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação de Ações para o Controle da Tuberculose, que mantém as metas estabelecidas no Plano Estratégico para o período de 2001 a 2005, define uma ação mobilizadora centrada em seis eixos de intervenção.

## 1º Eixo: mobilização técnica, política e social

A mobilização técnica, política e social consiste num conjunto de ações, entre as quais o reforço e a ampliação das equipes técnicas de tuberculose dos três níveis de governo para atender às capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes; criação de comitês técnico-assessores de apoio à SPS; realização de encontros macrorregionais com participação de autoridades governamentais e não governamentais; produção e distribuição de material técnico e de divulgação (Caderno de Atenção Básica para Tuberculose, Guias de Controle da Tuberculose), além de outras estratégias como: ampliação dos centros nas áreas de pesquisas operacionais e epidemiológicas; capacitação de recursos humanos; instituição do Incentivo Financeiro para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde; apoio ao esforço dos agentes comunitários e de movimentos da sociedade civil para divulgar a doença e ampliar as ações de controle.

A partir de março de 2002, por ocasião da Semana de Mobilização e Luta contra a Tuberculose, intensificou-se as campanhas e mobilizações regionais e locais para o controle da doença, inclusive com a realização de teleconferências em parceria com o Sesc/Senac e Senat, fundamental como multiplicação e dinamização de parcerias.

Para orientar médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde estão sendo distribuídos o Manual Técnico para o Controle da Tuberculose e a Cartilha do Agente Comunitário de Saúde. Já para orientar a população, foram produzidos cartazes explicativos sobre os sinais e sintomas da doença.

Foram criados - e estão atuando - a Secretaria Técnica Executiva, coordenadora do Plano, o “Grupo Nacional para Acompanhamento, Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose no País” e o Núcleo de Acompanhamento Técnico e Apoio aos Estados e Municípios Prioritários, realizando visitas e supervisões mensais aos estados e municípios prioritários para dinamizar o desenvolvimento do Programa de Controle da Tuberculose. O Comitê Técnico-Assessor de Tuberculose, que já havia sido instituído, foi reestruturado e dinamizado.

A integração das ações da Área Técnica de Pneumologia Sanitária com outras áreas afins iniciou-se com a Coordenação Nacional de DST/Aids, estando em curso um “Plano de Ações Conjuntas Tb/HIV-Aids”. Foi lançado o Sistema de Saúde Prisional, com ênfase na tuberculose, DST/Aids, hanseníase e saúde bucal.

## 2º Eixo: descentralização e reorientação do modelo

Três estratégias foram adotadas para implementar a descentralização e reorientação do serviço: integração de ações de controle da tuberculose em todas as UBS, pactuação com estados e municípios para ampliar a cobertura do PSF, e alcançar 100% de cobertura de agentes comunitários nos 329 municípios prioritários e, nos grandes municípios, cobertura de 100% em áreas e distritos prioritários e a adoção de estratégias específicas para áreas metropolitanas e grandes cidades.

Em 1999, o PNCT tinha suas atividades integradas em cerca de 30% das UBS e 76% dos

municípios tinham pelo menos uma unidade de saúde executando atividades de controle da tuberculose. A integração das ações do PNCT com o PSF e os agentes comunitários é a estratégia básica para a ampliação dessa cobertura.

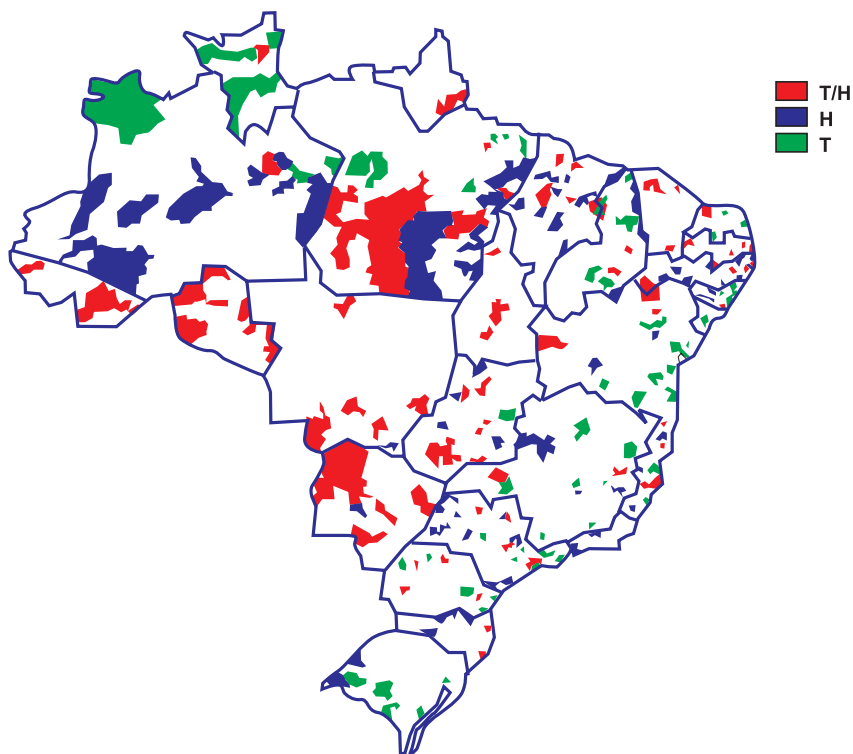
A reorganização dos serviços de saúde e coordenações do PNCT nos três níveis do governo tem a finalidade de ampliar a detecção de casos e o acompanhamento do tratamento quimioterápico supervisionado, garantir a retaguarda laboratorial necessária ao diagnóstico, garantir o suprimento e a qualidade dos medicamentos necessários e operar um sistema de informação que permita acompanhar e avaliar o programa. Para isso, é fundamental a implementação, nas UBS e ESF, da Estratégia de Observação Direta do Tratamento (Dots). O trabalho integrado do tratamento supervisionado é crescente e foi legitimado em 2002, como estratégia nacional, na reunião com os coordenadores estaduais do PCT.

A supervisão da ingestão dos medicamentos por profissionais tem proporcionado aumento na adesão dos pacientes e maior descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos), reduzindo-se assim o risco de transmissão da doença na comunidade.

Para ampliar a detecção de casos foram adotados vários procedimentos, tais como: busca e identificação dos sintomáticos respiratórios, com exames de baciloscopia, cultura ou exame com RX nos casos em que as baciloscopias foram negativas e capacitação de recursos humanos das UBS nos municípios prioritários.

### Municípios prioritários

Selecionados por critérios populacionais e epidemiológicos, 329 municípios concentram 80% dos casos de tuberculose em todo o Brasil e onde residem 50% da população brasileira.



A implantação do PSF e do Pacs é prioridade nesses municípios, sendo que, em 295 municípios, estes Programas já estão em funcionamento.

O Incentivo Financeiro aos Municípios para Controle da Tuberculose teve um crescimento, de 1999 para 2000, de 705% no tratamento auto administrado e de 703% no supervisionado. Entre 2000 e 2001, o aumento foi de 21,7% e 22,5%, respectivamente, e de 2001 até o fim de 2002, é esperado um acréscimo em torno de 35% no tratamento auto administrado e de mais de 85% no supervisionado.

O Ministério da Saúde, em março de 2002, promoveu a reformulação do “bônus”, que passou a se chamar Incentivo Financeiro para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica, pago em duas partes: a primeira na detecção e notificação do caso e, a segunda, na notificação da cura do paciente, com valores de R\$ 50,00 na detecção do caso mais R\$50,00 na cura, quando o tratamento for auto-administrado ou R\$ 200,00 quando o tratamento for supervisionado, pagos diretamente aos municípios.

### 3º Eixo: melhoria da vigilância epidemiológica e do sistema de informação

Até 1999, todos os casos notificados de tuberculose eram agregados pelas Secretarias Estaduais de Saúde em “blocos de dados”. O Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) foi criado em 1996, mas só em 1999 passou a ser a fonte oficial de análise de dados referentes aos casos de tuberculose. As Secretarias Estaduais de Saúde estão sendo equipadas e capacitadas para uniformização do sistema em todo o país. Em 2002, o Sinan teve uma importante evolução e desenvolvimento, adotando novas versões de *softwares*, utilizados já por todos os estados.

### 4º Eixo: ampliação e qualificação da rede de laboratório e diagnóstico

Para garantir que até 2005 todo sintomático respiratório seja submetido a baciloscopia de escarro e que todos os pacientes diagnosticados tenham seu tratamento acompanhado por este exame, o PCT está redimensionando a rede de laboratórios que realiza o exame pelo SUS, controlando a qualidade desses exames e promovendo a capacitação do pessoal envolvido.

Em 1997, o controle da qualidade era realizado em apenas 20% dos laboratórios; em 2000, esse percentual saltou para 45%, enquanto que o aumento da remuneração da baciloscopia, concedido em 1999, promoveu um crescimento de 186,6% na quantidade de exames realizados em 2000 e de 220,7%, em 2001.

A meta é examinar, anualmente, com duas baciloscopias 1% da população (100% dos sintomáticos respiratórios), com 3,4 milhões de baciloscopias para diagnóstico e 400 mil para controle de tratamento.

### 5º Eixo: assistência farmacêutica

O tratamento da tuberculose é realizado com medicamentos padronizados que são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos gratuitamente à população por meio das unidades de saúde que executam o PNCT. A padronização de esquemas terapêuticos, as formulações empregadas e a distribuição gratuita dos tuberculostáticos têm sido importante para evitar a resistência às drogas, uma ameaça ao controle da doença em muitos países. Isso se deve não só ao uso da apresentação de isoniazida e rifampicina em combinação fixa, mas, principalmente, à ausência de tuberculostáticos à venda em farmácias.

Já foram realizados no país cerca de dois milhões de tratamentos contendo rifampicina e isoniazida. Isso é o que explica o fato de o Brasil apresentar uma taxa de resistência primária 10 vezes menor do que países que pouco ou nunca fizeram uso destas drogas, associadas em uma só cápsula, em seus programas de controle.

A partir de 2001, houve um aumento do controle sobre os tuberculostáticos como forma de resolver a falta de medicamentos em alguns locais e a sobra em outros.

A Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica e a Área Técnica de Pneumologia Sanitária desenvolveram um *software* exclusivo para a programação de medicamentos tuberculostáticos, que foi posteriormente implantado nas Secretarias Estaduais de Saúde.

## 6º Eixo: capacitação e desenvolvimento de recursos humanos

A capacitação de 4.962 médicos e enfermeiros e de 19.120 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários das UBS dos 329 municípios prioritários, com a preparação de 40 instrutores nacionais para treinar 540 multiplicadores estaduais, já foi implementada em vários estados, alcançando, até setembro de 2002, os resultados apresentados nos dois quadros a seguir.

### Acompanhamento das metas de capacitação para os municípios prioritários Brasil, 2002 (resultados parciais)

TÉCNICOS	METAS		REALIZADO	
	Nº		Nº (%)	
Multiplicadores Nacionais	40		33 (82,5)	
Multiplicadores Estaduais	540		340 (63,0)	
Profissionais de Nível Superior	4.962		4.333 (87,3)	
Profissionais de Nível Médio e ACS	19.120*		22.065 (115,5)	

Fonte: Ministério da Saúde

\* Além do planejado, atendimento às demandas estaduais.

### Cobertura da capacitação em tuberculose nos municípios prioritários Brasil, 2002 (resultados parciais)

REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	TÉCNICOS NÍVEL SUPERIOR		TÉCNICOS NÍVEL MÉDIO E ACS	
		A CAPACITAR Nº	CAPACITADOS Nº	A CAPACITAR Nº	CAPACITADOS Nº
NORTE	59	976	591 (60,6)	5.826	1.731 (29,2)
NORDESTE	116	1.899	1.922* (101,2)	14.684	10.489 (71,4)
CENTRO-OESTE	25	743	459 (61,8)	3.329	2.434 (73,1)
SUL	39	1.361	1.361 (100,0)	7.411	7.411 (100,0)
SUDESTE	90	1.289	-	7.888	-
BRASIL	329	6.268	4.333 (69,1)	39.138	22.065 (53,4)

Fonte: Secretarias /Coordenações Estaduais de Saúde

\* A rotatividade das equipes do Pacs/PSF interfere na determinação da meta inicial.

Para adequar a equipe técnica do Ministério da Saúde, foram contratados em 2001-2002 dois consultores internacionais e mais profissionais para a Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Deverá ser implementado, ainda, um Programa de Educação Continuada para os profissionais da rede básica e um Curso de Gestão e Gerenciamento para as equipes das coordenações estaduais do PNCT.

O trabalho desenvolvido pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) foi importante para a capacitação profissional. O Centro, localizado no Rio de Janeiro, é o órgão de excelência nacional em pneumologia sanitária. Vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), destina-se a desenvolver tecnologia para o combate à tuberculose e à formação de profissionais para a rede pública.

Quanto às linhas de pesquisa em tuberculose, como parte do esforço para a sua prevenção e controle no país, o PCT estabeleceu, em 2001-2002, algumas prioridades nacionais para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e operacionais. As pesquisas fornecerão informações sobre a situação da enfermidade no país, essenciais para que o plano de ação e controle seja eficaz e adequado às necessidades nacionais.

As pesquisas, algumas já em andamento, devem fornecer dados nacionais de resistência às drogas, indicadores epidemiológicos, possíveis fatores associados ao abandono de tratamento, taxas de infecção por HIV nos pacientes com tuberculose, a qualidade do diagnóstico laboratorial usado para a detecção de casos e dados sobre a eficiência do sistema de informação.

Os estudos e pesquisas estão sendo desenvolvidos pela ATPS ou mediante contratação de instituições ou organizações especializadas. Os resultados das pesquisas serão utilizados na formulação de recomendações visando o aprimoramento do PCT.

## Resultados alcançados

O impacto do Programa de Controle da Tuberculose é mensurado, principalmente, pelo percentual de detecção dos casos esperados e percentuais de cura dos pacientes. Espera-se de um programa eficiente 70% de detecção e 85% de cura.

Em 1997, a porcentagem de infecção por tuberculose na população brasileira foi estimada em 25% e a mortalidade de 11 por 100 mil habitantes. Tomando-se como base as estimativas da OMS, a conclusão é de que existem atualmente no Brasil 43,6 mil pessoas infectadas com tuberculose e 130 mil casos novos por ano, dos quais 57 mil infectantes e 10 mil co-infectados com HIV.

**Tabela 1**

**Distribuição de casos novos notificados e coeficiente de incidência, Brasil 1998 a 2001\*\*\***

ANO	PULMONAR		EXTRAPULMONAR	TODAS FORMAS*	POPULAÇÃO	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA por 100.00 hab.			
	BACILIFERA	TOTAL *				BACILIFERA	TOTAL PULM	EXTRAPUL.	T. FORMAS
1998*	43.554	71.188	11.743	82.931	161.790.311	26,92	44	7,258	51,26
1999*	41.619	66.692	12.178	78.870	163.947.554	25,39	40,679	7,428	48,11
2000**	49.630	69.920	11.762	82.249	169.799.170	29,23	41,18	6,93	48,44
2001***	37.556	53.868	8.522	62.992	172.385.776	21,79	31,25	4,94	36,54

Fonte: \* Bloco de dados -SES / \*\* Sinan (Dados Parciais)

\*\* Dados do Sinan \*\*\* Dados preliminares sujeito a alterações (Sinan)

**Tabela 2**  
**Estudo dos Resultados de Tratamento em Coorte, Brasil 1998 a 2001\*\*\*.**

ANO	Encerramento	%	Cura	%	Abandono	%
1998*	21.202	25,6	11.665	69,4	2.143	12,8
1999*	27.251	34,5	19.597	71,9	3.353	12,3
2000**	49.731	53,2	37.095	74,6	6.733	13,5
2001***	19.372	27,1	13.098	67,6	2.610	13,5

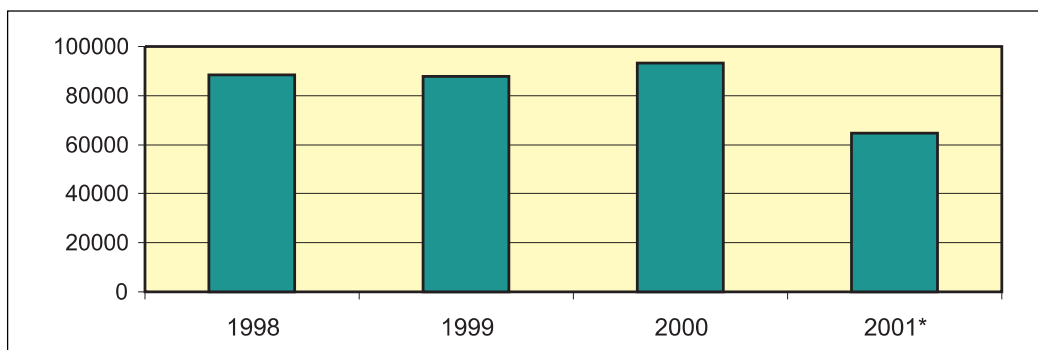
Fonte: \* Bloco de dados -SES / \*\* Sinan

\*\*\* Dados preliminares sujeito a alterações (Sinan)

A ampliação do tratamento supervisionado, sem dúvida, aumentará os percentuais de cura e reduzirá a taxa de abandono.

Os estados com maior incidência de tuberculose foram Amazonas, Rio de Janeiro e Roraima (gráficos 1,2,3).

**Gráfico 1 - Casos Notificados de Tuberculose**

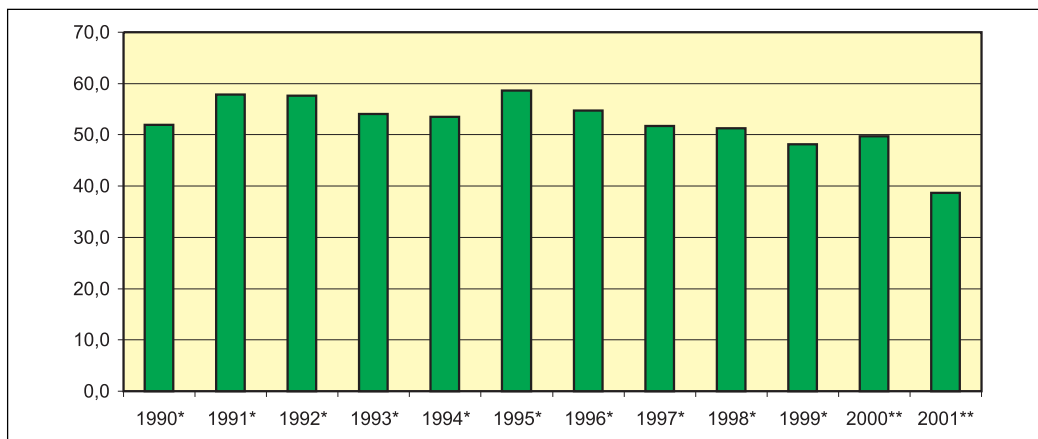


Fonte: Sinan

\*Dados parciais

\*Informações do bloco de dados

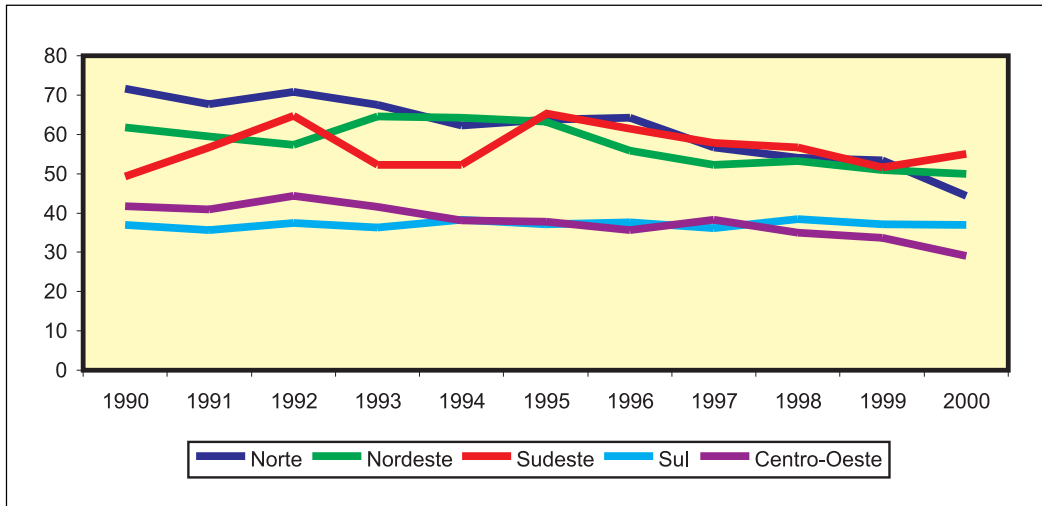
**Gráfico 2 - Coeficiente de Incidência da Tuberculose (por 100 mil hab) Brasil 1990 - 2001**



Fonte: Sinan

\*Dados parciais \*Informações do bloco de dados

**Gráfico 3 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Brasil por Região 1990-2000**



**Brasil 1998 - 2001**

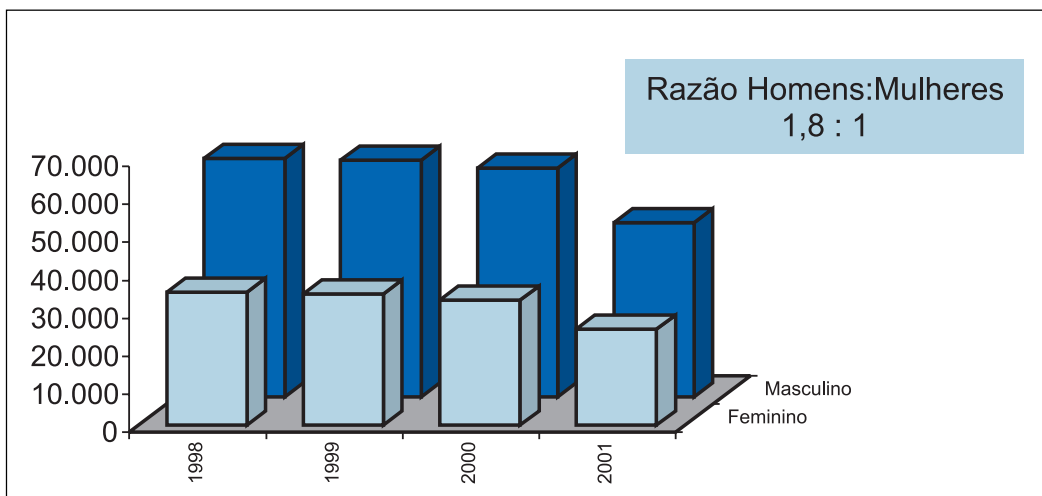
\*\*Dados sujeitos a revisão.

Sinan – Banco integrado-Junho/2002

Fonte: Sinan e Bloco de Dados

Os homens apresentaram uma incidência de tuberculose maior do que as mulheres. Isso significa que, aproximadamente, 65% dos casos são homens e 35% mulheres (gráficos 4 e 5)

**Gráfico 4 - incidência de tuberculose. Brasil por Região 1990-2000**

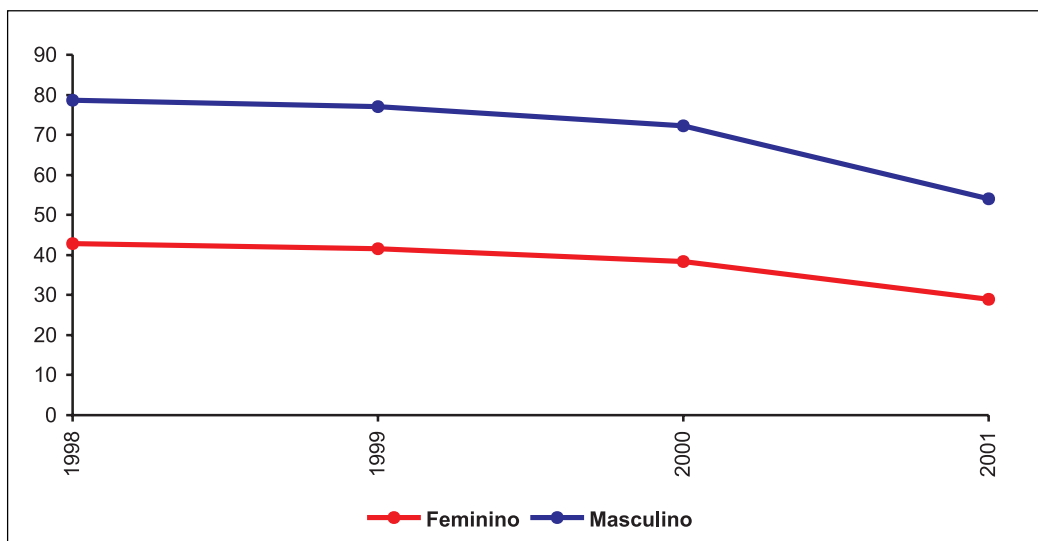


\*\*Dados sujeitos a revisão.

Sinan – Banco integrado-Junho/2002

Fonte: Sinan e Bloco de Dados

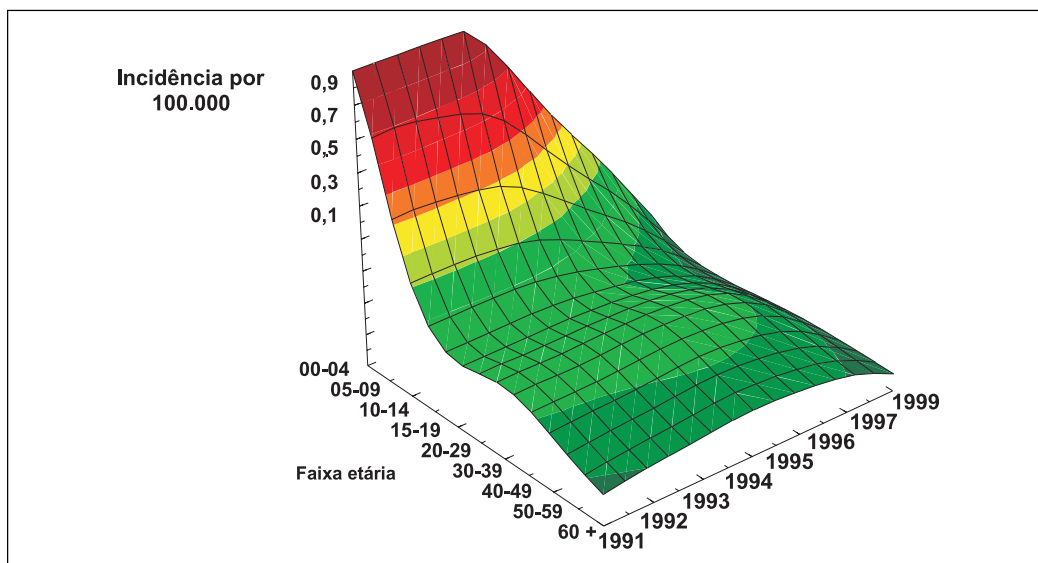
**Gráfico 5 - Incidência\* de Tuberculose por sexo e por ano  
Brasil, 1998-2000**



\* Por 100.000 habitantes  
Fonte: Ministério da Saúde

As faixas etárias com maior incidência por 100 mil foram: 40-49 anos (91,7; 50-59 anos (85,4); e 30-39 anos (85,1) e as faixas com menor incidência foram 5-9 anos (5,5); 10-14 anos (9,0); e 0-4 anos (10,0). (Gráfico 6)

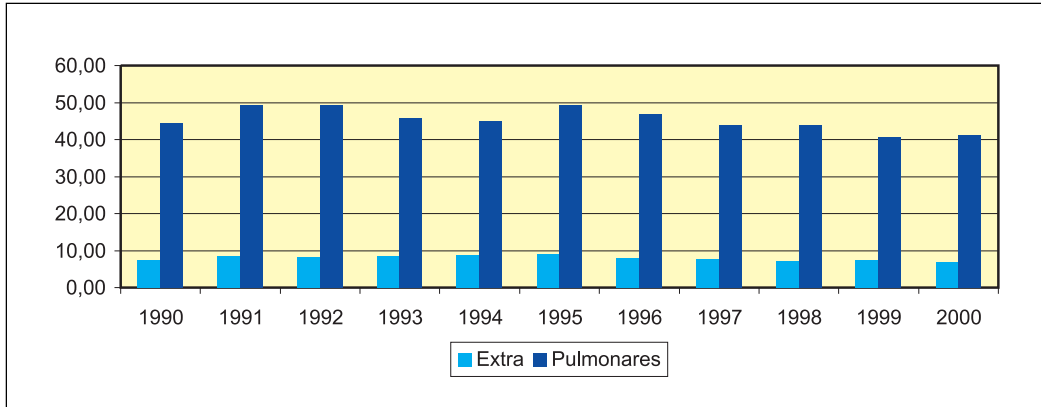
**Gráfico 6 - Incidência\* de Meningite Tuberculose por faixa etária  
Brasil, 1991-2000**



\* Por 100.000 habitantes de cada faixa etária  
Fonte: Ministério da Saúde

A tuberculose pulmonar é a forma clínica mais freqüente com 86% dos casos, com incidência anual de aproximadamente 50 casos por 100 mil habitantes. (Gráfico 7)

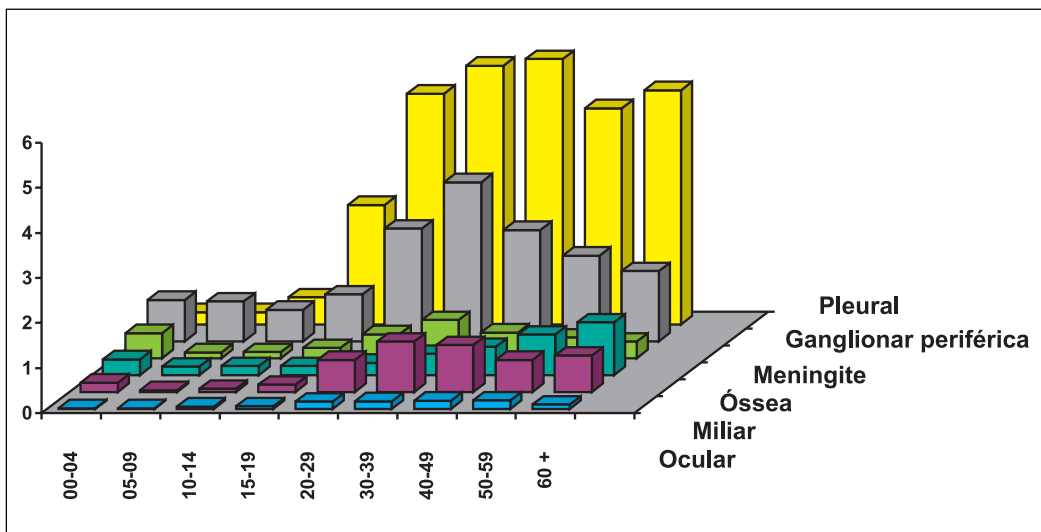
**Gráfico 7 - Coeficiente de incidência por forma clínica.  
Brasil 1990-2000**



Fonte: Bloco de Dados e Sinan

As formas extrapulmonares afetam principalmente os pacientes maiores de 30 anos (gráfico 8). As formas clínicas mais freqüentes são a pleural (37 por 100 mil) e a ganglionar periférica (19 por 100 mil) (gráfico 9). A forma ganglionar periférica e a meningite tuberculosa tiveram, nos últimos 10 anos, um aumento gradual de incidência. É provável que a infecção por HIV esteja atuando como um fator determinante dessa situação.

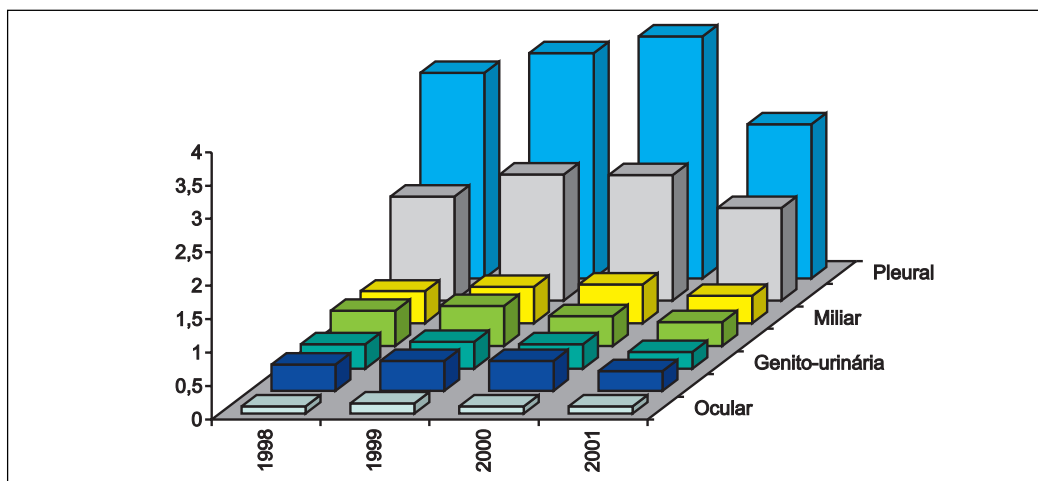
**Gráfico 8 - Casos de Tuberculose extrapulmonar por faixa etária  
Brasil, 2000**



\*Por 100.000 habitantes de cada faixa etária

Fonte: Ministério da Saúde

**Gráfico 9 - Incidência\* de Formas clínicas de Tuberculose extrapulmonar por ano Brasil, 1998-2000**



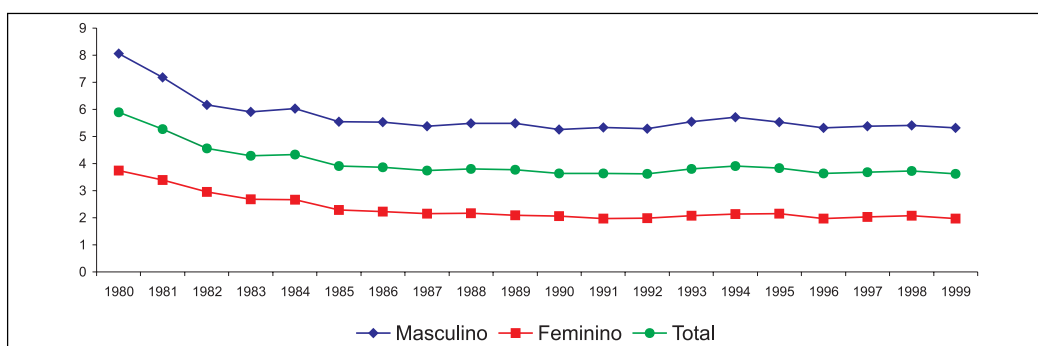
\*Por 100.000 habitantes  
 Fonte: Ministério da Saúde

Em relação à mortalidade, nos anos entre 1990 a 1999, a média anual de óbitos é de 5.725. Nos anos de 1997 a 1999, a mortalidade por 100 mil habitantes foi de 3,68; 3,73; e 3,62 respectivamente. Em 1999, os maiores coeficientes de mortalidade foram encontrados nos estados do Rio de Janeiro (8,0), Pernambuco (5,8) e São Paulo (4,5). Os menores coeficientes foram encontrados em Goiás (1,1), Santa Catarina (1,2) e Distrito Federal (1,3).

O sexo masculino apresenta maior mortalidade por tuberculose (gráfico 12), com uma razão de masculinidade de aproximadamente 2,6:1. Isso significa que aproximadamente 72% dos óbitos são homens e 28% mulheres.

Em 1999, os estados com maior mortalidade por 100 mil habitantes do sexo feminino foram Rio de Janeiro (3,4), Pernambuco (3,3) e Amazonas (3,3); e do sexo masculino foram Rio de Janeiro (13,0); Pernambuco (8,4); e São Paulo (7,0). No mesmo ano, os estados com menor mortalidade por 100 mil habitantes do sexo feminino foram Santa Catarina (0,6), Goiás (0,7) e Distrito Federal (0,8); e do sexo masculino foram Goiás (1,6), Santa Catarina (1,8) e Distrito Federal (1,9). (Gráfico 10).

**Gráfico 10 - Coeficiente de mortalidade por Tuberculose por 100.000 habitantes Brasil 1980 - 1999**



Fonte: Ministério da Saúde - SIM

Ainda que a morbidade apresente uma tendência estacionária, é necessário assegurar e implementar ações de detecção de casos e o tratamento de tuberculose para todos os pacientes. Para detecção de casos, é fundamental a disposição de uma rede laboratorial de diagnóstico bem estruturada, capaz de oferecer respostas rápidas e de qualidade à identificação dos casos bacilíferos.

Além disso, o tratamento administrado a cada paciente deve utilizar as normas do Programa de Controle da Tuberculose. Para tanto, é necessária a disposição de um sistema logístico eficiente e com suficiente cobertura. Para viabilizar a cura, é fundamental manter a regularidade do uso de medicamentos por meio do tratamento supervisionado.

Considerando que a única forma de reduzir a incidência e a mortalidade é detectar pelo menos 70% dos casos de tuberculose e curar pelo menos 85% dos pacientes, é necessário o reforço das ações de busca de casos entre os sintomáticos respiratórios e contatos, garantindo os medicamentos, e, fundamentalmente, assegurando a ingestão regular da medicação pelo paciente.

Por fim, a avaliação das ações tem que dispor de informação confiável, completa e oportuna. Nesse sentido, é necessária a agregação de todos os esforços para melhorar o sistema de informação, desde a digitação dos dados até a análise das *coortes* dos pacientes. Essa análise deve orientar a tomada de decisões e integrar a rotina de todos os níveis de organização do Programa de Controle da Tuberculose. O alcance do controle da tuberculose requer ações organizadas e eficazes de todos os atores envolvidos, o que implica a disponibilidade de sistemas de informação ágeis e confiáveis que atendam as demandas de gestores e profissionais em todos os níveis.



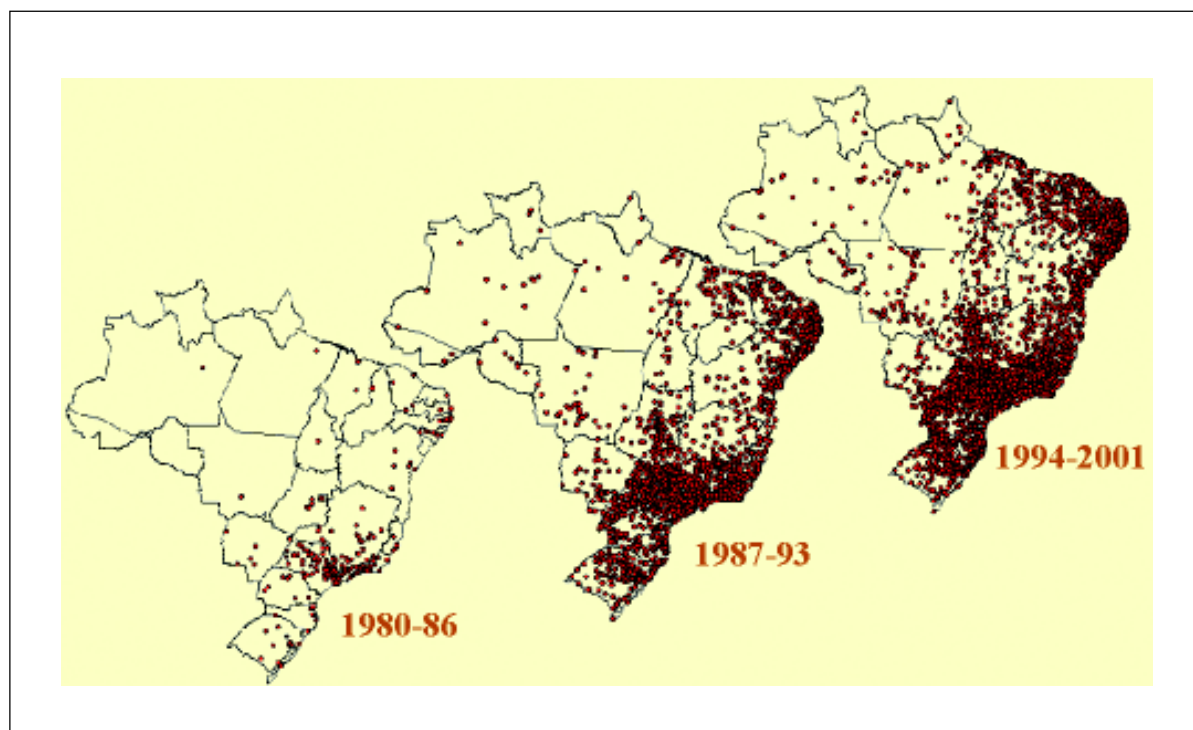
## Prevenção e Controle de DST/Aids

A trajetória da disseminação do HIV e da aids no Brasil vem sofrendo constantes alterações em seu curso, devido, de um lado, à história natural da infecção, com suas implicações sociais, culturais e biológicas e, de outro, à resposta do governo e da sociedade civil à epidemia.

A epidemia teve início no país no começo da década de 80, com o primeiro caso notificado, retrospectivamente, no ano de 1980, cursou a primeira metade da década basicamente restrita às categorias de exposição de homens que fazem sexo com homens (HSH), hemofílicos e hemotransfundidos, evoluindo, posteriormente, para os usuários de drogas injetáveis (UDI).

Na segunda metade da década de 80, a epidemia passa a afetar um número crescente de indivíduos com prática heterossexual, com conseqüente aumento entre as mulheres. Outra característica desse período foi a expansão geográfica, saindo do eixo Rio-São Paulo e de outras grandes regiões metropolitanas e dirigindo-se para cidades de porte médio, inicialmente nos estados das regiões Sul e Sudeste e, depois, Nordeste e Centro-Oeste.

**Gráfico 1**  
**Distribuição espacial de municípios com pelo**  
**Menos um caso de aids registrado, por períodos**  
**(Brasil, 1980-2001)**



A década de 90 foi marcada por duas características principais: a forte heterossexualização, que passa a ser a principal forma de infecção a partir do ano de 1994 e, dentro desta característica, o acentuado crescimento da aids entre mulheres, e a pauperização.

Hoje, transcorridos 22 anos do primeiro caso de aids no Brasil, totalizam-se 237.588 casos notificados, 172.228 do sexo masculino e 65.360 do sexo feminino, sendo que, em 2001, a proporção de casos entre os sexos, que foi de 25 casos masculinos para cada feminino em 1985, já indicava uma razão de dois homens para cada mulher notificada.

A heterossexualização da epidemia de aids é, evidentemente, um reflexo do comportamento sociossexual da população, em sua ampla maioria heterossexual. Já a feminização parece envolver, além da maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma desigualdade claramente observável na distribuição de poder entre os gêneros. Por outro lado, a mulher também se considera menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos inicialmente denominados grupos de risco.

Uma consequência da maior participação das mulheres na epidemia foi o crescimento dos casos de aids pediátricos. Do primeiro caso de aids em criança, em 1983, até março de 2002, foram 7.846 casos notificados (3,5% do total de casos), dos quais 95,6% com categoria de exposição conhecida tiveram a transmissão vertical como causa. No entanto, é importante salientar que, desde 1996, observa-se a queda proporcional dos casos de transmissão vertical. Em 1996, esses casos correspondiam a 5,2% do total de casos notificados com categoria de exposição conhecida; no ano passado representaram apenas 1,8% do total.

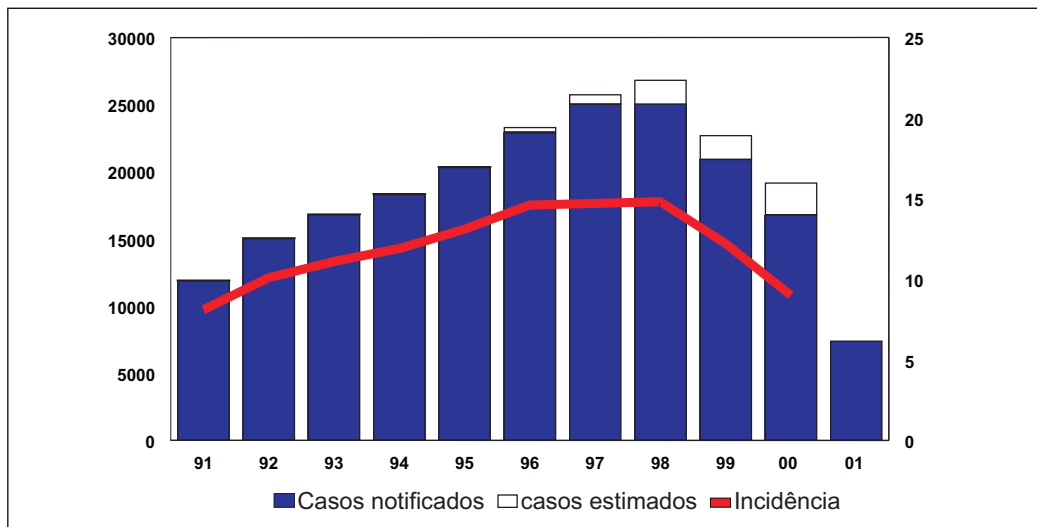
**Tabela 1**  
**Casos de aids em crianças. Proporção (%) segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico. Brasil, 1983 a 2001.**

	83-90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
<b>Sangüíneo</b>	34,5	14,5	9,5	6,3	5,9	4,8	2,0	1,6	1,0	1,1	1,5	3,1
<b>Sexual</b>	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8
<b>Vertical</b>	56,1	77,5	82,6	86,8	86,6	89,1	92,6	93,1	92,1	90,5	86,7	86,0
<b>Ignorado</b>	9,0	8,1	7,9	6,9	7,5	6,2	5,4	5,3	6,8	8,3	11,8	10,1
<b>Nº de casos</b>	747	408	482	522	693	813	963	995	876	736	482	129

\*Casos notificados até 30/09/01.  
Fonte: CN DST e AIDS/SPS/MS.

Quanto à taxa de incidência da aids, após um pico de 15,3 casos por 100 mil habitantes, no ano de 1998, observa-se um discreto declínio ano a ano.

**Gráfico 2**  
**Casos de aids (notificados e estimados) e taxa de incidência por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2001\*.**



Outros importantes indicadores que refletem bem a resposta brasileira à epidemia são as taxas de mortalidade e o número de óbitos evitados. Observa-se que houve uma diminuição na taxa de mortalidade relativa à aids de 12,2 por 100 mil habitantes, em 1995, para 6,3 por 100 mil habitantes, em 1999. Essa diminuição, contudo, não se distribui de forma homogênea entre os sexos. A queda da taxa de mortalidade entre os homens, além de maior, foi observada em todas as regiões do país. Já entre as mulheres, além de uma queda menor na média nacional, só foi observada nas regiões Sudeste e Centro-Oeste refletindo o importante crescimento da epidemia de aids nesse grupo.

**Tabela 2**  
**Média (por 100000 hab) e taxas de crescimento (%) anual dos coeficientes de incidência e de mortalidade por aids, por sexo e período. Brasil, 1995-1998.**

	Sexo Masculino				Sexo Feminino			
	Coeficiente		Crescimento (%)		Coeficiente		Crescimento (%)	
	Incid.	Mortal.	Incid.	Mortal.	Incid.	Mortal.	Incid.	Mortal.
<b>Norte</b>	9,34	4,86	3,16	-5,59	3,38	1,82	19,12*	0,92
<b>Nordeste</b>	10,72	5,8	2,95*	-11,84	3,47	1,6	24,98*	-0,63
<b>Sudeste</b>	43,54	29,48	-5,57	-19,27	16,9	9,48	7,42	-11,04
<b>Sul</b>	30,14	16,47	10,27*	-4,17	12,65	5,25	21,05*	4,94
<b>Centro-Oeste</b>	24,9	12,34	-6,24	-12,63*	9,83	4,22	6,15	-5,37
<b>Brasil</b>	29,23	18,39	-1,68	-16,22*	11,32	5,88	11,18*	-7,86

\*p<0,05 \*\*p=0,057

## Distribuição de anti-retrovirais

A política de distribuição universal dos anti-retrovirais, a partir de 1996, tem sido responsável pela redução nas taxas de mortalidade e também pelo aumento da sobrevivência dos pacientes. Na década de 80, a média de vida após o diagnóstico da aids era de cinco meses. A média, hoje, é de 52 meses para adultos e de 102 meses para crianças. Poucas são as intervenções em saúde pública que têm um impacto tão intenso e em tão curto espaço de tempo sobre uma determinada população.

Atualmente o Ministério da Saúde torna disponíveis 15 medicamentos anti-retrovirais para cerca de 115 mil indivíduos, que correspondem a praticamente 100% dos pacientes com indicação de tratamento, em uma rede integrada e hierarquizada com mais de mil serviços especializados no diagnóstico e tratamento clínico-laboratorial desses pacientes.

Essa política de medicamentos tem se refletido na redução de internações por aids e na diminuição de custos e mortes evitadas. A média de internações por paciente caiu de 1,65 internação/ano, em 1996, para 0,28 internação/ano. Em recente avaliação, demonstrou-se que, no período de 1994-2001, foram evitados cerca de 60 mil casos novos e mais de 90 mil mortes por aids no país.

## Prevenção das DST e aids e promoção da saúde

Os princípios e diretrizes que orientam a política de prevenção são: (1) atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/aids; (2) garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/aids; (3) acesso à rede de saúde e distribuição de insumos de prevenção, assim como aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST; e (4) descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde.

A tendência da epidemia trouxe a necessidade de se buscar alternativas de articulação multisetorial das políticas públicas. O alcance dessas medidas e ações foi sendo implementado a partir de áreas consideradas estratégicas na luta contra a aids. Foram estabelecidos mecanismos de cooperação multisetorial com os Ministérios da Educação e da Justiça, a Secretaria de Ação Social, a Secretaria Nacional Anti-Drogas, entre outros.

As ações de prevenção para os segmentos mais vulneráveis têm reforçado as capacidades locais dos gestores para garantir a qualidade dos processos de gestão e de intervenção dirigida a profissionais do sexo, UDI (Usuários de Drogas Injetáveis), HSH, população prisional e outras populações que se encontram em situação de risco, orientadas para as ações descentralizadas e mobilização dos atores locais. Nessa linha de ação, vem sendo prioritário o apoio às organizações da sociedade civil, via descentralização da concorrência dos projetos de ONG e garantia de sustentabilidade das OSC (Organizações da Sociedade Civil).

**Tabela 3: Número de projetos apoiados pela CN nos anos de 1999 a 2001**

Populações	Total de Projetos		% de Crescimento
	1999 + 2000	2001 + 2002	
Assentamento e acampamentos rurais/urbanos e garimpo	23	49	113,04%
Caminhoneiros	17	17	0,00%
Crianças/adolescentes/adultos/jovens/situação de rua	115	171	48,70%
Empregadores/empregados em local de trabalho	16	18	12,50%
Homens que fazem sexo com homens	50	225	350,00%
Mulheres	83	120	44,58%
Populações confinadas adultas	26	41	57,69%
Povos indígenas	41	25	-39,02%
Profissionais do sexo masculino e feminino	79	278	251,90%
Situação de pobreza e/ou moradores de rua	20	124	520,00%
UDI	71	285	301,41%
<b>TOTAL</b>	<b>541</b>	<b>1353</b>	<b>150,00%</b>

No que diz respeito às outras populações, destaca-se o investimento em mulheres, refletindo as atividades dirigidas à prevenção da transmissão vertical, que também vem caindo. Quanto a crianças e adolescentes, as ações dirigidas a esta população dão prioridade ao trabalho com jovens nas escolas e menores de rua, em projetos socioeducativos com as Secretarias Estaduais de Educação e o Ministério da Educação.

Avanços importantes foram concretizados em relação à população prisional, em que os Ministérios da Saúde e da Justiça definiram linhas de ação para atendimento dos presos por meio do SUS, que resultou no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

A realização de pesquisas comportamentais tem auxiliado a tomada de decisões na área de prevenção às DST e aids e na promoção da saúde, possibilitando redefinir estratégias e aprimorar métodos e técnicas de intervenção. Esses estudos não priorizam apenas o levantamento epidemiológico, mas, também, a análise da efetividade das ações dirigidas a tais segmentos populacionais.

Como prioridade para o fortalecimento de políticas na área de prevenção, tem-se a de insumos, com destaque para a distribuição de preservativos masculinos e femininos às populações em tratamento ou vulneráveis ao HIV.

## O uso do preservativo

Nos últimos anos, o uso do preservativo vem aumentando consideravelmente no Brasil. Em pesquisas realizadas a partir de 1999, foi identificado que:

- 24% dos indivíduos sexualmente ativos referiram o uso consistente do preservativo - 1999;

- jovens de 16 a 25 anos de idade são os que reportam mais freqüentemente o uso do preservativo, 44% referem o uso consistente nos últimos 12 meses – 1999;
- a freqüência de uso do preservativo na primeira relação sexual foi observada em 48% da população. Esse valor ascende a 57% nos estratos socioeconômicos mais altos e a 71% entre os de maior grau de instrução – 1999;
- nas relações sexuais com parceiros eventuais, 63% dos homens e 69% das mulheres referem o uso do preservativo - 1999;
- fazem uso consistente do preservativo com os clientes 80% da população de profissionais do sexo – 2001;
- referem o uso consistente do preservativo nas relações sexuais 45% dos UDI que participam dos programas de redução de danos – 2000;
- dos 800 HSH entrevistados, 44% não alteraram seu comportamento quanto ao uso de preservativos, 44% aumentaram o uso e apenas 10% reduziram a utilização – 2001.

Para o alcance de tais indicadores, o Ministério da Saúde tem ampliado a compra pública de preservativos. Em 2002, foi encaminhada uma compra de 300 milhões de unidades. Nesse sentido, além das atividades de intervenção das organizações da sociedade civil, a Coordenação Nacional vem implementando políticas que visam a redução do preço e aumento da quantidade de preservativos disponíveis ao consumidor final, com ampliação dos postos de venda, ações de marketing social e negociação com os produtores e estabelecimentos comerciais para a oferta de preservativos a preços populares, para que o consumo *per capita* seja elevado de 2,1 (no ano 2001) para 7,2, nos próximos três anos.

Outra importante ação diz respeito à definição de um plano de marketing social do preservativo, o qual consiste no lançamento de um preservativo social, articulando os segmentos produtores, importadores e distribuidores de tal insumo para que o preservativo social seja vendido ao preço médio de R\$ 0,20. As principais ações que concorrerão para tal redução de preço são:

- regulamentação da venda em embalagem primária: redução estimada de cerca de 20% do preço de fábrica do produto, cuja portaria aguarda publicação);
- diminuição de carga tributária pela Receita Federal: Isenção do PIS e Cofins atualmente incidindo em 3,65% no valor de cada fatura, em todas as etapas, e alíquota zero para Imposto de Importação de preservativos (atualmente em 12,5%);
- diminuição de carga tributária pelo Confaz: prorrogação da isenção de ICMS para operações com preservativos, concedida pelo Confaz;
- adoção de preservativo popular com selo social: constituição de Grupo Técnico com produtores, distribuidores e importadores para adoção de marca social, com preço referencial de R\$ 0,20;
- apoio aos projetos de lei que tornam obrigatória a disponibilidade de preservativos em locais como bares, boates, hotéis e congêneres.

## Preservativos femininos

O custo elevado do preservativo feminino, a capacidade de produção mundial e os aspectos socioculturais impossibilitam a sua utilização nas mesmas proporções do preservativo masculino. Entretanto, essa iniciativa é de suma importância, pois vem ao encontro à necessidade de ampliar os insumos de prevenção para a população de mulheres em situação de risco.

Recebem o preservativo as mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas; profissionais do sexo; soropositivas e parceiras de soropositivos; mulheres portadoras de DST; presidiárias; mulheres visitantes de presidiários soropositivos e ou usuários de drogas; mulheres de baixa renda usuárias de serviços de saúde da mulher e de DST/aids; e mulheres vítimas de violência sexual e ou doméstica.

A distribuição nacional do preservativo feminino pelo setor público representa 85% do total deste tipo de preservativos em circulação, isto é, o setor público é responsável pela maior parte da distribuição e o faz de forma gratuita nos serviços de saúde e projetos da sociedade civil. O trabalho desenvolvido desde abril de 2000 apontou a importância da continuidade e ampliação da distribuição do preservativo feminino. Nesse sentido, o Ministério da Saúde adquiriu, para 2001, mais dois milhões de unidades e, para 2002, quatro milhões de unidades estão sendo adquiridas, ampliando o número de mulheres beneficiadas.

Uma outra prática importante no campo de políticas de prevenção é o fortalecimento dos serviços realizados pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no que se refere ao diagnóstico do HIV.

Com o início da epidemia no Brasil, o preconceito, o estigma e a necessidade de aprimorar a triagem sorológica em bancos de sangue, surge a necessidade de promover possibilidades de diagnóstico sob a óptica das políticas públicas. Foram criados em 1988 os Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológicos (Coas), com o objetivo de garantir o acesso gratuito e anônimo em serviços equipados por profissionais capacitados na coleta e no aconselhamento pré e pós-teste.

Em 1999, esses centros passaram a ser identificados como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e, ainda com o objetivo de promover o aconselhamento, são motivados à execução de ações extra-muros, na certeza de que a integralidade entre prevenção e assistência promove a oferta de serviços de atenção à saúde em locais de difícil acesso e a promoção de atividades de prevenção, notadamente ações educativas e de redução de danos. Abaixo, a Tabela 4, apresenta o crescimento desses serviços no período de 1999 a 2002.

**Tabela 4: Crescimento do número de unidades de CTA. Brasil, 1999 a 2001**

Ano	Número de CTA	Exames realizados
1999	138	85.486
2000	174	260.047
2001	190	284.000
2002	220	165.000(1)

(1) estimativa de testes no período de janeiro a julho/2002

Hoje, pode-se afirmar que DST/aids é um tema transversal em vários programas de saúde, tais como: hepatites, tuberculose, saúde da mulher, saúde da família, saúde mental, entre outros. O grande desafio é a institucionalização de ações pontuais para que sejam sistematizadas como diretrizes de atendimento à saúde.

## Direitos humanos

A Coordenação Nacional de DST/aids investe na garantia dos direitos humanos para a prevenção e assistência ao HIV e aids, reconhecendo que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, à educação, à informação refletem desigualdades sociais consideradas violações destes direitos. Nesse sentido, a participação da sociedade é imprescindível para a promoção da política de prevenção e controle da aids. As interlocuções com a sociedade civil ocorrem a partir de três áreas complementares entre si:

- rede de direitos humanos em HIV/aids;
- articulação com a sociedade civil organizada;
- sustentabilidade de ações da sociedade civil.

## Direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids

Frente às recorrentes condutas de preconceito e discriminação contra as pessoas vivendo com HIV e aids, desde 1999, o MS realiza levantamentos sobre as demandas de direitos humanos mais recorrentes, em forma de denúncias e ou solicitações de informação. Os dados são coletados a partir dos relatórios enviados pelas OSC que desenvolvem projetos de assessoria jurídica para pessoas vivendo com HIV e aids. As questões mais freqüentes referem-se à garantia do direito ao trabalho, do direito ao acesso à assistência e tratamento e às questões previdenciárias. Além disso, a CN-DST/aids recebe denúncias e pedidos de informação no campo dos direitos da criança e do adolescente, sobre a conduta ético-profissional dos profissionais de saúde e direitos à saúde da população confinada.

No que se refere ao fomento a iniciativas públicas e privadas de defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids, são apoiados 31 projetos de direitos humanos, técnico e financeiramente, com enfoque jurídico, executados por OSC, nas cinco regiões do país. Em outubro de 2000, com a parceria da Unesco, foi lançada a Frente Parlamentar Nacional de Luta contra a Aids, cuja finalidade é examinar os projetos de leis sobre aids que tramitam na Câmara, assim como propor ações necessárias a sua efetivação.

## Organizações da sociedade civil (OSC)

Desde 1992, a CN-DST/aids assume uma política de articulação com a sociedade civil por intermédio de diversos canais: na participação em comitês, na Comissão Nacional de DST/aids e a partir da execução de projetos apoiados pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, no período 2000 a 2002, as ações do Programa vêm sendo desenvolvidas com base em um compromisso orientado sob dois eixos principais: descentralização e sustentabilidade. A descentralização é um dos princípios fundamentais do SUS, atribuindo competência às três instâncias de governo e o estímulo à participação comunitária. É nas relações mais estreitas entre gestores governamentais e as OSC, nas instâncias públicas locais, que se vislumbram construir alternativas coletivas para a solução de problemas e a necessidade de estabelecer estratégias de sustentabilidade.

O marco referencial foi a descentralização da concorrência pública para projetos de OSC em oito estados, a primeira realizada em novembro de 2000. Essa ação compreende o apoio

técnico e financeiro à elaboração de projetos estratégicos com OSC voltados para as diversas áreas que envolvem as respostas à epidemia, quais sejam: promoção, assistência e tratamento, e direitos humanos, com especial atenção às populações prioritárias (pessoas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetável. Acrescesse o fortalecimento de Fóruns de ONG/aids, incentivo à criação e ou fortalecimento de redes e a realização de eventos pontuais em nível regional e nacional.

O apoio técnico e financeiro é viabilizado por meio de concorrência pública, democratizando o acesso aos recursos que visam ampliar a capacidade da sociedade civil brasileira em realizar ações frente à epidemia de HIV/aids. A seleção de projetos é realizada por um Comitê Diretivo Externo. Atualmente são 779 organizações conveniadas.

Durante o período de dezembro de 1998 a julho de 2002 foram estabelecidos 2.163 termos de cooperação. Esses projetos atendem a pessoas vivendo com HIV/aids e a população em geral, por meio de ações que visam a divulgação de informações e a promoção de práticas seguras; a assistência social e jurídica; o incentivo a grupos de ajuda mútua e de adesão a tratamento; casas de apoio para pessoas com aids e o fortalecimento institucional das organizações.

### **Total de projetos de OSC apoiados entre 2000 e 2002, por público alvo**

Portadores do HIV/aids – 454
Profissionais do sexo – 285
Mulheres – 213
Homossexuais – 193
Crianças e adolescentes, inclusive aqueles em situação de risco social – 192
Usuários de drogas, inclusive injetáveis – 171
População em situação de pobreza – 160
Sustentabilidade – 120
IEC/Desenvolvimento Institucional – 118
Profissionais de saúde e educação – 83
População em assentamentos rurais e urbanos – 62
Populações confinadas adultas – 48
Caminhoneiros – 26
Populações indígenas – 24
Garimpos e reservas extrativistas – 10
Portadores de deficiências – 4

**TOTAL – 2.163**

## Campanhas de publicidade

As campanhas nacionais em HIV/aids carregam mensagens que se disseminam por todo o país de forma homogênea. Elas esclarecem, provocam a opinião pública a respeito das grandes questões que constroem o senso comum e legitimam as ações estratégicas de saúde pública na área de DST/aids promovidas pelo governo.

O planejamento de campanhas nacionais e a antecipação de seus impactos regionais têm propiciado a otimização de recursos financeiros, materiais e humanos, e os bons resultados alcan-

çados na luta contra o HIV/aids no Brasil. A definição das abordagens em comunicação de massa tem partido da análise do quadro da epidemia e da identificação das populações prioritárias às quais devem ser dirigidas as mensagens.

Na definição das estratégias em comunicação de massa, foram consideradas populações prioritárias para a produção de grandes campanhas de massa: a população na faixa etária entre 15 e 49 anos de idade e as mulheres. Para os dois segmentos, as mensagens enfocam a população de renda mais baixa e menor nível de escolaridade.

Paralelamente, foram consideradas populações importantes para a produção de ações comunicativas de impacto: usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo; homens que fazem sexo com homens; população carcerária; e pessoas ligadas ao setor de transporte rodoviário. De 1998 até o final de 2002, foram realizadas cerca de 35 campanhas públicas ou direcionadas, com custo médio de R\$ 2 milhões cada.

## Diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST, HIV e aids

Na implantação dessa política, foram consideradas estratégias e ações prioritárias desenvolvidas e implementadas nas áreas de: serviços de assistência a pacientes com DST/HIV/aids; assistência em HIV/aids em parcerias com a sociedade civil; ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids na comunidade e na rede básica de saúde; cuidados paliativos e saúde mental para pacientes com HIV/aids; acesso aos medicamentos para tratamento da infecção pelo HIV, infecções oportunistas e para o tratamento das DST; ações voltadas para a abordagem da síndrome lipodistrófica associada ao HIV; interações HIV-tuberculose, HIV-hepatites virais e outras co-infecções; adesão ao tratamento anti-retroviral na rede pública de saúde; avaliação da qualidade da assistência em serviços de HIV/aids na rede pública de saúde; prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e ações voltadas à atenção a indivíduos com infecção pelo HTLV.

Para tanto, foram identificados, credenciados e cadastrados no Ministério da Saúde cerca de 900 serviços de assistência em HIV/aids (hospitais convencionais, hospitais-dia, serviços ambulatoriais especializados e serviços de atenção domiciliar) e 1.142 unidades de saúde para assistência ambulatorial às DST.

Considerando a mudança do perfil da epidemia, a necessidade de melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de referência para DST/HIV/aids, a limitação dos recursos (humanos e de estrutura) de alguns municípios, tem-se incentivado a implantação de serviços que contemplem a assistência ambulatorial, leito-dia e atendimento domiciliar, dentro de uma mesma estrutura.

A partir de 2001, os novos serviços implantados estão voltados para a assistência integral dos portadores HIV/Aids, dentro dos seguintes moldes:

- as modalidades assistenciais passam a ser realizadas por uma mesma equipe técnica, sendo o controle clínico-terapêutico dos pacientes portadores do HIV e doentes de aids realizado principalmente pelos SAE e em ambulatórios gerais da rede pública de saúde, o que se justifica pela sensível diminuição das necessidades de hospitalização e de assistência, ocasionada pelo amplo acesso à terapia anti-retroviral combinada, a partir de 1996. Além disso, ocorre participação cada vez maior das Unidades de Saúde da Família, que passam a realizar atendimento primário em DST/HIV/aids (assistência domiciliar integrada com equipes de SAE, adesão aos medicamentos e outros);

· as unidades de saúde ambulatoriais cadastradas para assistência às DST variam em complexidade, vão desde unidades básicas a ambulatórios hospitalares, e a estratégia de Abordagem Síndrômica é preconizada e adotada em nível nacional.

É necessário ressaltar que o processo de implantação, implementação e credenciamento desses serviços de assistência está sendo descentralizado para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e que este processo acelerou-se em 2000, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, que concentram o maior número de casos.

## Acesso aos medicamentos

Atualmente, cerca de 115 mil pacientes recebem os anti-retrovirais na rede pública de saúde (95% adultos/adolescentes e 5% crianças). No ano de 1997, quando foi iniciada a distribuição dos inibidores da protease, observou-se o maior aumento dos pacientes em tratamento, com um incremento de aproximadamente 26 mil pacientes. Em 1998, esse incremento foi de cerca de 14 mil pacientes; em 1999, de 19,5 mil pacientes; em 2000, de 12,6 mil pacientes e, em 2001, de 19,8 mil pacientes.

Os gastos do governo federal com a aquisição dos medicamentos para aids foram de US\$ 34 milhões, em 1996; US\$ 224 milhões, em 1997; US\$ 305 milhões, em 1998; US\$ 336 milhões, em 1999; US\$ 303 milhões, em 2000; e US\$ 232 milhões, em 2001. Como se observa, desde 2000 vem ocorrendo uma queda nos gastos globais com aquisição dos medicamentos devido à redução dos preços dos anti-retrovirais, o que possibilitou uma diminuição de 54% no custo médio ponderado do tratamento por paciente/ano.

Isso foi possível por duas decisões políticas do Ministério da Saúde: a fabricação dos anti-retrovirais não resguardados por leis de patentes e o enfrentamento dos laboratórios multinacionais para a redução dos preços dos novos inibidores de protease. As quedas mais significativas dizem respeito aos preços dos medicamentos que já são produzidos no país (cerca de 80%), tanto por empresas privadas nacionais quanto por laboratórios oficiais e os preços negociados com as empresas multinacionais (45%-65%) que adotaram o sistema de preços diferenciados.

Em 2001, 63% dos medicamentos anti-retrovirais que corresponderam a 43% dos gastos foram adquiridos de empresas nacionais e 37% dos medicamentos anti-retrovirais, que correspondem a 57% dos gastos, foram adquiridos de multinacionais farmacêuticas. Em 2002, com o início da distribuição de lopinavir/ritonavir, a relação de medicamentos anti-retrovirais distribuídos pelo Ministério da Saúde atingiu o número de 15 fármacos em 30 apresentações farmacêuticas. Dos 15 anti-retrovirais, oito medicamentos são produzidos por laboratórios nacionais.

Atualmente, existem cerca de 480 unidades dispensadoras de medicamentos anti-retrovirais no Brasil. O tratamento das doenças oportunistas das outras doenças sexualmente transmissíveis também é gratuito, mas de responsabilidade das coordenações municipais e, por vezes, das estaduais, conforme definido por acordo tripartite (níveis federal, estadual e municipal) em 1998.

## Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis

O oferecimento do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, e a realização do teste para sífilis durante o pré-natal e na maternidade para todas as gestantes atendidas no âmbito do SUS, se constitui na primeira diretriz nacional voltada à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis.

Apesar da ampla disponibilidade de zidovudina injetável e outros anti-retrovirais na rede pública de saúde, a cobertura nacional estimada de gestantes e parturientes com quimioprofilaxia para a transmissão vertical em 2001 foi de aproximadamente 40%, com variações regionais de 20% até 80%.

Assim, no intuito de aumentar essa cobertura, foi desenvolvido um plano estratégico, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional da Política de Alimentação e Nutrição, para otimização dos recursos humanos, institucionais e de insumos para redução da transmissão vertical e da sífilis congênita, denominado Projeto Nascer.

As estratégias mencionadas envolvem a capacitação dos profissionais de saúde e tem por objetivos aconselhar e testar parturientes HIV+, não aconselhadas e testadas durante seu pré-natal e diagnosticar e tratar as sífilis materna e congênita em aproximadamente 270 maternidades selecionadas em 172 municípios, com ampliação de testes rápidos, AZT injetável e xarope, inibidor da lactação e fórmula infantil em maternidades.

## Controle das doenças sexualmente transmissíveis

O ano de 2001 marcou o período de intensificação das ações voltadas para o controle das DST em nível nacional. Foi realizada uma campanha nacional de alerta sobre as DST e seus riscos, com estímulo à busca de diagnóstico e tratamento pela população. A campanha atingiu também outros alvos, como os profissionais de saúde, profissionais de farmácias comerciais e agentes comunitários de saúde, com material educativo/informativo específico para cada população. Todos os medicamentos para DST foram incluídos no Registro Nacional de Preços, sistema que facilita a sua aquisição pelos municípios a preços reduzidos e sem licitação.

Está em fase de elaboração uma pesquisa a ser realizada em nível nacional para definir o papel do setor privado e das farmácias comerciais no atendimento as DST, visando determinar as melhores formas de intervenção junto a estes setores para obtenção de impacto no controle destas doenças.

## Monitoramento laboratorial dos pacientes vivendo com HIV/Aids

Para monitorar a evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, a indicação para o início das terapias anti-retrovirais e preventivas das infecções oportunistas, bem como sua efetividade, a Coordenação Nacional de DST e Aids implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e para quantificação da carga viral do HIV. As redes foram implantadas em 1997 com 32 e 30 laboratórios respectivamente, e implementadas em 52 e 41 laboratórios, em 1998. Atualmente contam com 78 laboratórios na rede de CD4 e 65 laboratórios na rede de carga viral, presentes em todos os estados brasileiros.

Em 2000, foi implantada uma rede nacional composta de Médicos de Referência em Genotipagem (MRG) e laboratórios aptos a executar e interpretar o exame de genotipagem. Conhecida como Renageno (Rede Nacional de Genotipagem), esta rede vem utilizando a metodologia para detectar a ocorrência de resistência genotípica do HIV-1 frente aos anti-retrovirais, auxiliando na seleção de uma terapia de resgate mais adequada, em pacientes atendidos pelo SUS. Foram adquiridos seis mil testes de genotipagem para serem utilizados em um estudo operacional com vistas a subsidiar a implantação da rede.

A Renageno, cujas atividades tanto na área laboratorial quanto na área clínica são bastante

complexas, requer, para prestar um serviço de qualidade, profissionais altamente capacitados e especializados. Contando com 14 laboratórios e 60 médicos de referência em genotipagem realizou, até novembro/2002, a genotipagem de 667 amostras.

## Vacina

O comitê de vacinas foi reestruturado, com o envolvimento de novos parceiros e de representantes de áreas ligadas ao desenvolvimento e produção de vacinas. Tem se reunido regularmente, discutindo, recomendando e eventualmente conduzindo ações na área. Um exemplo desse envolvimento é a produção, em fase final, de um manual de boas práticas, preparado por membros do comitê de vacinas da área sócio comportamental e de ONG, para discussão, aperfeiçoamento e orientação da comunidade com vistas a futuros testes com vacinas.

Parcerias internacionais com instituições interessadas no desenvolvimento de estudos com produtos vacinais foram implementadas no período de 2000-2002, tendo como principais interlocutores a ANRS, francesa. A ANRS assinou um convênio de cooperação em vacinas com o Brasil que vem se somar às demais atividades de colaboração em andamento. O convênio envolve estudos clínicos com produtos candidatos, treinamentos em áreas afins e desenvolvimento de protocolos para avaliação de correlatos de imunidade.

## Resultados alcançados

A resposta socioeconômica da decisão tomada pelo Ministério da Saúde, em 1996, de tornar disponível o tratamento anti-retroviral a todos os portadores de HIV cujo quadro evolui para a aids começou a aparecer a partir de 1997. Até 1999, a epidemia, que vinha crescendo de forma estável, com uma taxa de incidência de cerca de 22 mil novos casos/ano, dá sinais evidentes de queda. Em 2000, foram notificados 20.567 novos casos e, em 2001, embora os dados ainda possam sofrer modificações em virtude do atraso das notificações, o número de casos registrados foi de 13.942. Isso representa uma queda de quase 50% em relação a 1988.

A distribuição universal e gratuita dos anti-retrovirais, por meio da rede pública de saúde, é um dos aspectos mais relevantes da política brasileira de aids. Desde 1996, essa política levou a uma diminuição de 50% da mortalidade por aids no país e reduziu em mais de 80% as necessidades de internações hospitalares pela doença no SUS. Observou-se ainda uma diminuição entre 60% e 80% das demandas para tratamento de doenças oportunistas, uma redução da duração e complexidade das internações hospitalares e um crescimento significativo do tratamento ambulatorial desses pacientes, refletindo assim uma melhora relevante na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Estima-se que, nos últimos cinco anos, tenham sido evitadas mais de 358 mil internações hospitalares, com uma economia de recursos de aproximadamente U\$ 1 bilhão. Esses resultados justificam, por si só, a política de acesso ao tratamento da aids.

## A produção de genéricos e a flexibilização das patentes

Apesar dos resultados da política de distribuição de anti-retrovirais, incluindo a economia alcançada com a queda no número de internações hospitalares, o Brasil precisava encontrar formas de garantir a sustentabilidade dessa política. A inclusão de novas drogas aumentava os gastos

com a compra dos anti-retrovirais. A produção local de medicamentos, a negociação diferenciada de preços junto aos laboratórios produtores e a flexibilização das patentes tornaram a política brasileira de distribuição dos ARV auto-sustentável. A cada ano, o governo brasileiro gasta menos com tratamento da aids, embora, em média, sejam incorporados anualmente ao sistema de tratamento do país cerca de 15 mil novos pacientes. Em 2001, o governo federal gastou U\$ 232 milhões para atender cerca de 105 mil pacientes, o que representou 1,6% do orçamento do Ministério da Saúde e menos de 0,05% do PIB.

Isso só foi possível com o investimento em pesquisa para a produção local dessas drogas. Alguns medicamentos tiveram seus preços reduzidos em mais de 80% entre 1996 e 2001, a partir da produção local ou por meio da política de negociação de preços com os laboratórios detentores das patentes dos medicamentos. A negociação com os laboratórios multinacionais produtores exclusivos de alguns anti-retrovirais reduziu os preços de três anti-retrovirais em cerca de 60%.

## Alternativas assistenciais para acompanhar os pacientes

Paralelamente ao desenvolvimento da política de distribuição universal de medicamentos anti-retrovirais, o Ministério da Saúde precisou garantir o acompanhamento médico-hospitalar das pessoas com aids. O principal desafio era assegurar uma assistência integral, de qualidade e que não tivesse grande impacto nos custos para a sua manutenção. A estratégia foi oferecer modalidades assistenciais alternativas centradas no cuidado ambulatorial e domiciliar. Além de garantir uma melhor qualidade de vida, as alternativas assistenciais criadas a partir de 1993 mostram custos econômicos e sociais significativamente menores que o atendimento hospitalar convencional.

Atualmente, o país conta com cinco modalidades distintas de atenção às pessoas com aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: os Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), os Hospitais-Dia (HD), os Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), os Hospitais Convencionais (HC) e os Serviços de Atendimento as DST. Até março de 2002, cerca de dois mil serviços para assistência clínica aos portadores de DST/HIV/aids na rede pública de saúde estavam credenciados pelo Ministério da Saúde.

### Modalidades Assistenciais em DST/HIV/AIDS no Brasil (março/2002)

MODALIDADE ASSISTENCIAL	CARACTERÍSTICAS E ATRIBUIÇÕES	NÚMERO DE UNIDADES
Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE)	Absorvem a demanda ambulatorial em nível clínico, diagnóstico e terapêutico. Suas atividades incluem a promoção à saúde (aconselhamento, cuidados paliativos e redução de danos).	<b>381</b>
Hospitais-Dia (HD)	Realizam procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média e alta complexidade com duração de até 12 horas, em ambiente ambulatorial ou hospitalar.	<b>79</b>

MODALIDADE ASSISTENCIAL	CARACTERÍSTICAS E ATRIBUIÇÕES	NÚMERO DE UNIDADES
Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)	Oferecem assistência integral e especializada na casa do paciente. Permitem a participação da família no tratamento e reduzem a necessidade de hospitalização. Permitem, ainda, controlar complicações de patologias de menor gravidade.	<b>53</b>
Hospitais convencionais (HC)	Hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde como referências para internações de alta complexidade para HIV/aids. Funcionam integrados aos SAE, HD e ADT .	<b>375</b>
Serviços de Atendimento às DST	Unidades de saúde que prestam assistência às outras DST. Contam com profissionais treinados em abordagem sindrômica e na prevenção desses agravos.	<b>1126</b>

## Redução de estimativa de novas infecções

O principal resultado da política de promoção do preservativo adotada está nos números da epidemia de aids. Em 1992, quando foi negociado o primeiro acordo de empréstimo para o combate à aids entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, estimava-se que, no ano 2000, cerca de 1,2 milhão de brasileiros estariam infectados com o HIV. A previsão não se concretizou. Atualmente, calcula-se que o número de indivíduos HIV positivo existente no país seja de aproximadamente 597 mil pessoas. Sem dúvida, isso reflete o resultado das ações desenvolvidas pelo Programa Brasileiro de Aids e seus parceiros. É inegável que este resultado só foi possível por meio de uma agressiva política de acesso ao preservativo.

Outra decisão importante no campo da prevenção foi a adoção da política de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. O uso compartilhado de seringas e agulhas é responsável direto e indireto por cerca de 25% do total de casos de aids notificados no Brasil. Para enfrentar essa situação o governo incluiu a redução de danos em sua agenda de prioridades. O Programa Brasileiro de Combate às Drogas (Senad) inclui e recomenda sua adoção como ação prioritária para reduzir o impacto do HIV/aids e das hepatites entre UDI.

Nesse sentido, o Programa Brasileiro de DST/Aids vem ampliando as ações de redução de danos em campo e em serviços de saúde, incentivando a mobilização e o ativismo da rede de redutores. A operacionalização desse Programa inclui a disponibilidade de seringas, agulhas e outros insumos necessários à injeção segura, preservativos masculinos e femininos, o aconselhamento, a disponibilização de testes para HIV e hepatites, imunização contra a hepatite B e procura fortalecer as redes de UDI por meio do trabalho entre pares (ex-usuários e usuários de drogas). Atualmente, o Ministério da Saúde apoia 125 projetos de redução de danos, que acessam cerca de 65 mil usuários de drogas.

## Parceria entre governo e sociedade civil

A parceria entre o governo e a sociedade civil é um dos pilares da política brasileira para o controle da epidemia e uma das razões do êxito do Programa. Entre os anos 1998 e 2001, foram financiados 1.681 projetos, envolvendo 686 organizações da sociedade civil em todo o país, somando quase US\$ 30 milhões repassados diretamente às ONGs. Além do Estado e das ONG, há no país uma rede de atores que atuam em HIV/aids, envolvendo desde universidades e instituições de fomento a estudos e pesquisas, a sindicatos, empresas privadas, igrejas, organismos e agências internacionais, entre outros.

## Reconhecimento externo

Embora o Brasil mantenha política de cooperação externa com dezenas de países da América Latina, África e Caribe desde os anos 90, foram os bons resultados obtidos com o programa de DST/aids e a coragem do Ministério da Saúde de enfrentar a OMC e a indústria farmacêutica internacional na luta das patentes que projetaram o país no exterior a partir de 2000. Entre elogios dos organismos e da imprensa internacionais e a briga pelo direito de fabricar genéricos, o Brasil foi um dos principais protagonistas dos avanços ocorridos no campo da assistência às pessoas vivendo com HIV no mundo, nos dois últimos anos:

- 2000 - o Programa Brasileiro de DST/aids do MS foi reconhecido internacionalmente pela ONU como modelo a ser adotado pelos demais países em desenvolvimento;
- 2001 - acordo fechado com o laboratório Merck reduz preços de dois medicamentos anti-retrovirais, o Nelfinavir e o Efavirenz;
- 2001 - a Comissão de Direitos Humanos da ONU aprova resolução proposta pelo Brasil sobre “acesso a medicamentos no controle de pandemias como o HIV/aids”;
- 2001 - a OMS aprova resolução – baseada em proposta brasileira – em que os países se comprometem entre outras coisas a garantir acesso a tratamento anti-retroviral a todos os portadores do HIV/aids;
- 2001 - o Secretário Geral da ONU anuncia durante Assembléia Geral de Aids a criação do Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária;
- 2001 - a OMC aceita discutir flexibilização do acordo de Trips proposta pelo Brasil;
- 2001 - os Estados Unidos retiram queixa na OMC contra Lei Brasileira de Patentes que prevê o licenciamento compulsório em caso de abuso de poder econômico e se a indústria detentora da patente não iniciar a produção local do produto num prazo de até três anos após seu registro no país;
- 2001 - acordo com o laboratório Roche reduz o preço do mais moderno medicamento anti-retroviral no mercado, o Kaletra;
- 2001 - 142 países membros da OMC aceitam flexibilizar acordo de Trips para evitar que acordos internacionais de comércio prejudiquem a implementação de políticas públicas de Saúde;
- 2001 - o Grupo Transitório de Trabalho do Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária aceita proposta de países em desenvolvimento, liderados pelo Brasil, de participação equitativa no gerenciamento dos recursos do Fundo: sete países doadores, sete países em desenvolvimento, duas ONGs, um setor privado e uma Fundação terão voz nas decisões do Fundo. Além disso, os países receptores poderão definir como e onde aplicar os recursos. Os trabalhos do Fundo tiveram início em janeiro/2002;
- 2002 – o Brasil destina recursos a programas de assistência em países da América Latina,

Caribe e África e amplia cooperação técnica com a região. Os governos da Colômbia, Guiana, Paraguai, República Dominicana, El Salvador, Namíbia e Moçambique e ainda as ONGs '*Association African Solidarité*', de Burkina Faso; '*Association Nationale de Soutien aux Seropositifs e aux Malades du Sida*', de Burundi e, '*Children of God Relief Institute*' do Quênia receberão medicamentos anti-retrovirais para projetos pilotos que promovam o acesso de pessoas vivendo com HIV e aids aos anti-retrovirais. Cada projeto receberá tratamento para 100 pacientes com aids. Ao todo, mil pacientes dos países selecionados receberão medicamentos brasileiros por meio do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde.

## Desafios e Perspectivas

### Na promoção da saúde

- Reduzir o coeficiente de incidência anual da aids de 15 casos por 100 mil habitantes para 10 casos por 100 mil habitantes.
- Aumentar em 100% o número de preservativos consumidos pela população brasileira e reduzir o preço do produto em 45%.
- Ampliar o acesso da população brasileira ao diagnóstico da infecção pelo HIV (de 1,8 milhão/ano, para 7 milhões/ano).
- Promover a articulação entre a sociedade civil, governo, poder judiciário e assessorias jurídicas para garantir os direitos fundamentais de pessoas vivendo com HIV e aids e das populações mais afetadas pela epidemia.
- Garantir, por meio do SUS, o acesso universal das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV aos serviços de saúde, aos projetos e insumos de prevenção.

### Na assistência e tratamento

- Manter as taxas de mortalidade por aids, no país, no patamar de seis óbitos por 100 mil habitantes.
- Garantir, a 100% das pessoas vivendo com HIV e aids, assistência e tratamento de qualidade por meio da rede pública de saúde. (estima-se que serão 210 mil pessoas em 2006).
- Reduzir em 73% a taxa de transmissão vertical do HIV, da mãe para o filho, passando dos atuais 17% para 5%.
- Incentivar o desenvolvimento de novos medicamentos para o tratamento de pessoas vivendo com HIV e aids.
- Reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis na população brasileira.

### No fortalecimento institucional

- Ampliar em 160% o apoio a estados e municípios para a estruturação e execução das atividades de prevenção e controle das DST e aids, cobrindo 90% dos casos de aids do país.
- Consolidar o processo de institucionalização da Coordenação Nacional de DST e Aids, modificando sua estrutura organizacional de forma a garantir a qualidade da resposta do Programa Brasileiro de DST e Aids no combate à epidemia.
- Apoiar organizações não governamentais para a execução das ações de prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV e aids, assim como promover o desenvolvimento de ações que visem a sustentabilidade e a ampliação das atividades executadas.
- Apoiar iniciativas para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV/aids, possibilitando acesso privilegiado do Brasil ao produto.
- Consolidar os acordos e práticas de cooperação externa, com vistas ao estabelecimento de diretrizes e políticas globais para o enfrentamento da epidemia de aids no mundo.



## Hepatites Virais

O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais (PNHV) foi criado em 5 de fevereiro de 2002, por meio da Portaria Nº 263. As hepatites virais são um grave problema de saúde pública, principalmente as que apresentam formas crônicas, como a B e C. Estima-se que existam em todo o mundo cerca de 300 milhões de casos de hepatite B crônica e 170 milhões de casos de hepatite C crônica. No Brasil, estima-se um total de dois milhões de portadores crônicos de hepatite B e três milhões de hepatite C.

De modo geral, cerca de um terço desses pacientes necessitará de tratamento em alguma fase da doença. Os dois terços restantes possivelmente não desenvolverão doença hepática, sendo, em sua grande maioria, assintomáticos e não tendo conhecimento de sua própria condição de portador do vírus da hepatite. Os portadores assintomáticos apresentam grande importância epidemiológica por serem fonte de infecção e a principal causa de perpetuação da epidemia. Os tratamentos visam inativar (hepatite B) ou eliminar o vírus (hepatite C) e, com isto, prevenir a evolução da doença para cirrose ou carcinoma hepatocelular.

O sucesso do tratamento só ocorre em no máximo 55% dos casos, em média. Desse modo, para se alcançar a prevenção e o controle das hepatites virais é necessário agir na promoção da saúde, na prevenção e na assistência, o que justifica a criação de um programa específico.

O PNHV conta com equipe composta por quatro profissionais de nível superior: coordenador (médico), assessora técnica da área de prevenção (enfermeira), assessora técnica da área de promoção da saúde (psicóloga) e assessora técnica da área de assistência (médica). Essa equipe iniciou suas atividades em abril de 2002, mostrando-se suficiente durante a fase de planejamento.

O Programa não contou com orçamento próprio no ano de 2002. As ações foram financiadas diretamente pela SPS ou por meio de projetos conjuntos desenvolvidos em parceria com a Coordenação Nacional de DST/aids. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) demonstrou interesse em financiar ações do Programa. O orçamento de 2003, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e capacitação de recursos humanos, será de R\$ 32 milhões. Esse orçamento não inclui ações diretas de assistência (exames específicos e medicamentos), que são financiados, atualmente, pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

Ao longo do ano de 2003, de acordo com as fases de implementação do Programa, será necessária a mobilização de técnicos de nível superior das áreas de epidemiologia, capacitação de recursos humanos; planejamento, orçamento e gestão e articulação com a sociedade civil.

## Plano operacional

O primeiro passo para a efetivação do PNHV foi o detalhamento do Plano Operacional elaborado por um comitê de consultores externos. A partir dos objetivos gerais e linhas de atuação definidas previamente, foram descritos os objetivos específicos e detalhadas as ações, resultados, indicadores, cronograma e orçamento para 2002 e 2003.

O Programa Nacional de Hepatites Virais procurou trabalhar em colaboração com diferentes setores do Ministério da Saúde e outras instituições para efetivação de suas ações e de projetos conjuntos. As principais parcerias estabelecidas para execução de projetos foram com a Coordena-

ção Nacional de DST/aids, para a realização de estudos epidemiológicos, ações de promoção e prevenção e articulação com a sociedade civil; com o DAB/SPS, para prevenção e assistência e com Cenepi/Funasa para a realização de estudos epidemiológicos e assistência laboratorial.

Também foram realizadas ações de prevenção em parceria com o Programa Nacional de Imunizações (PNI/Funasa), com as Secretarias de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro e com as Secretarias Municipais de Santos, Porto Alegre e Rio de Janeiro. No mesmo sentido, promoveu-se ações conjuntas com o Núcleo de Estudo e Prevenção ao Abuso de Drogas (Nepad/UFRJ), Associação Brasileira de Redução de Danos (Aborda), Unesco e *United Nations International Drug Control Programme* (UNDCP).

Considerando o pequeno volume de informações disponíveis sobre hepatites virais no Brasil e sobre a assistência aos seus pacientes, o PNHV priorizou o diagnóstico epidemiológico e a avaliação da rede assistencial. No diagnóstico epidemiológico, estão em andamento três projetos: o Projeto Sentinela de Gestante, desenvolvido pela DST/aids e pela Funasa; o Projeto Sentinela do Exército, também desenvolvido pela DST/aids e pelo PNHV; e o Inquérito Nacional Domiciliar, desenvolvido pela Funasa, com a colaboração do PNHV.

Os dois primeiros estão sendo executados este ano e os resultados devem estar disponíveis no início de 2003. Está sendo avaliada a prevalência de hepatite B e C em cerca de 40 mil parturientes e oito mil conscritos do exército em todo o país. O terceiro projeto, sob coordenação da Funasa, está em fase final de planejamento e será executado em 2003. Será avaliada a prevalência da hepatite A, B e C em 70 mil pessoas, entre cinco e 39 anos de idade, em todas as capitais brasileiras. A conclusão desses estudos fornecerá dados importantes sobre o perfil das hepatites virais no Brasil.

## Projetos

A Avaliação Nacional da Assistência às Hepatites Virais no Brasil foi dividida em quatro diferentes estudos: Laboratórios Públicos que prestam Assistência às Hepatites Virais no Brasil; Ambulatórios Públicos que prestam Assistência às Hepatites Virais no Brasil; Avaliação Qualitativa de Serviços de Referência em Hepatites Virais; Avaliação Qualitativa das Secretarias de Estado da Saúde em relação à Assistência às Hepatites Virais.

Na área de promoção e prevenção, estão sendo executados cinco projetos: Programa de Imunização de Populações de Risco Acrescido contra Hepatite B; Projeto Sentinela do Exército; Projeto de Prevenção da Transmissão da Hepatite C por intermédio de Cocaína Inalada; Projeto Vozes em Sintonia; Campanha Geral de Esclarecimento sobre Hepatites Virais.

O Programa de Imunização de Populações de Risco Acrescido contra Hepatite B tem como objetivo ampliar a oferta desta vacina para grupos específicos. A hepatite B é um grave problema de saúde pública, principalmente em populações marginalizadas que têm maior risco de adquirir a doença, como usuários de drogas, profissionais do sexo, travestis, homens que fazem sexo com homens e pessoas presas. A vacina contra hepatite B já está disponível para essas populações. Porém, elas não a recebem, seja pela dificuldade de acesso à unidade de saúde, seja pelo constrangimento ou preconceito. O Programa Nacional de Hepatites Virais, em parceria com o Programa Nacional de Imunizações e com a Coordenação Nacional de DST/aids está implantando projeto pioneiro para facilitar o acesso dessas pessoas à vacina, vencendo as barreiras hoje existentes. Quatro projetos-piloto estão em andamento no Rio de Janeiro, Santos e Porto Alegre. Essa experiência acumulada permitirá desenvolver estratégias que serão implantadas em todo o país. O objetivo é

vacinar 600 mil pessoas com risco acrescido até o final de 2003, totalizando 1,8 milhões de doses aplicadas. Além da DST/aids, PNI, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, esse programa conta com a participação da Aborda e de suas filiadas e de ONG's que atuam na prevenção do uso indevido de drogas e na redução de danos.

O Projeto Sentinela do Exército é executado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e o Exército Brasileiro. Além da avaliação socioepidemiológica da sífilis, do HIV e das hepatites virais (B e C), é realizado importante trabalho de prevenção e informação com cerca de 600 mil jovens entre 17 e 21 anos de idade. Foram distribuídos 400 mil *folders* (Hepatites na Mira) com informações sobre transmissão e prevenção das hepatites virais. Sabe-se que boa parte da população atingida por essas doenças adquire a infecção entre 15 e 24 anos de idade, logo este grupo etário é ideal para ações de prevenção e promoção da saúde.

O Projeto de Prevenção da Transmissão da Hepatite C por intermédio de Cocaína Inalada pretende evitar a transmissão do HCV mediante o compartilhamento do “canudinho” durante o uso de cocaína, como descrito em vários estudos. Países da Europa, como Espanha, França, Holanda e Alemanha, têm desenvolvido kits de prevenção específicos para essa situação, a exemplo do que já é realizado para drogas injetáveis. Por intermédio de parceria com a UNDCP, o PNHV está negociando financiamento com ONG's internacionais para o desenvolvimento de um “*kit sniff*” adaptado à realidade brasileira.

Já o Projeto Vozes em Sintonia tem como objetivo principal capacitar 150 rádios comunitárias, em todas as regiões do país, para a disseminação de informações gerais e sobre prevenção de hepatites virais, DST e aids. O rádio continua sendo importante instrumento de difusão de informações, tendo alcance e impacto maior que a televisão e que outros meios de comunicação. Além das emissoras tradicionais de radiodifusão, as rádios comunitárias apresentam penetração crescente, principalmente em comunidades mais carentes. O projeto está sendo desenvolvido em parceria com a DST/aids. Posteriormente, poderá ser adaptado para emissoras de radiodifusão tradicionais.

## Campanha

Desenvolveu-se também uma campanha educativa sobre as hepatites virais que teve como objetivos, além de informar, sensibilizar a população em geral e os profissionais de saúde para este grave problema. O material serve como suporte para as ações de promoção da saúde e prevenção. Foram produzidos um milhão de *folders* e cem mil cartazes com informações sobre formas de transmissão, prevenção e principais manifestações das hepatites. O material foi enviado para as unidades básicas de saúde, Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e para os serviços especializados.

## Capacitação profissional

Na área de recursos humanos, o PNHV está implantando programa de capacitação de profissionais de saúde. O conhecimento específico sobre as hepatites virais é baixo, principalmente no âmbito da atenção básica e da média complexidade. Além disso, há a necessidade da ampliação da oferta de exames sorológicos, da ampliação do número de serviços especializados e da manutenção dos casos de menor complexidade na atenção básica. Considerando essa situação, estão sendo desenvolvidos três cursos diferentes: Prevenção e Aconselhamento nas Hepatites Virais; Prevenção, Diagnóstico e Acompanhamento das Hepatites Virais; e Acompanhamento e Tratamento das Hepatites Virais.

O curso de Prevenção e Aconselhamento nas Hepatites Virais tem como público-alvo os profissionais de saúde dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's). O CTA é estratégia empregada pela DST/aids para implementação de ações de promoção da saúde, prevenção e ampliação da oferta de exames para HIV e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste garantido. A capacitação desses Centros para a oferta de exames para hepatite B e C crônica levará à incorporação de cerca de 200 unidades à rede de hepatites virais, uma ampliação rápida e de qualidade. Esse curso encontra-se em fase final de elaboração.

Já o curso de Prevenção, Diagnóstico e Acompanhamento das Hepatites Virais é voltado especialmente para a atenção básica, PSF e Pacs e tem como objetivos sensibilizar a equipe de saúde para os problemas das hepatites virais, capacitar para ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento de casos que não necessitem de consulta especializada. Serão produzidos materiais distintos para profissionais de nível médio e nível superior.

Para criar novos serviços para o atendimento especializado de pacientes com hepatites virais crônicas, foi criado o curso de Acompanhamento e Tratamento das Hepatites Virais, que visa discutir aspectos do diagnóstico, indicação do tratamento, monitoramento em longo prazo e manejo de efeitos-colaterais, além de promover a reciclagem de profissionais de serviços já existentes.

Os cursos estão sendo elaborados dentro da linha pedagógica da problematização, com carga horária de 20 horas em dois dias. Serão elaboradas também versões para realização do curso a distância, seja por meio da internet, fitas de vídeo ou material multimídia. Será formado corpo de instrutores para cada um dos cursos, visando garantir a qualidade e a padronização da informação repassada. Esses instrutores devem ser reciclados anualmente.

Espera-se que em 2003 sejam capacitados 400 profissionais em 200 CTA's, 30 centros de formação do Pacs/PSF; seis mil equipes do Pacs/PSF e 50 novos serviços especializados, com 100 profissionais de nível superior.

A assistência foi a principal responsável pela elaboração da Avaliação Nacional da Assistência às Hepatites Virais no Brasil. O PNHV participou na elaboração das seguintes normas e manuais: Plano Nacional de Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário; Manual de Co-infecção Hepatites Virais-HIV e revisão da Norma Técnica de Violência Sexual (em colaboração com a Saúde da Mulher). Estão em fase de elaboração o Manual Técnico do Programa Nacional de Hepatites Virais e o Plano de Assistência às Populações Indígenas.

Devido ao curto tempo de existência do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, são poucos os resultados operacionais que podem ser elencados. As principais conquistas alcançadas, de relevância nacional e internacional, que colocam o Ministério da Saúde em nível avançado de ações em relação a vários países do mundo, são a disponibilidade de interferon peguilado para o tratamento da hepatite C crônica pelo vírus de genótipo 1 e o programa de imunização de populações de risco acrescido.

A Avaliação Nacional da Assistência às Hepatites Virais no Brasil mostrou grande deficiência na oferta de exames especializados (biologia molecular) em todo o território nacional, sendo esta a principal dificuldade para a assistência adequada aos pacientes com hepatites virais. A partir desses resultados, foi elaborada a proposta de Estruturação da Sub-rede de Laboratórios de Biologia Molecular para Hepatites Virais. Outros exames, como sorologia, ultra-sonografia e biópsia hepática, mostraram oferta compatível com a demanda atual. A biópsia hepática, exame de maior complexidade entre esses três, mostra sinais de sobrecarga, principalmente nos serviços maiores.

A oferta de consultas é compatível com a demanda atual, mas a capacidade instalada já demonstra sinais de sobrecarga nas grandes cidades. A capacitação da atenção básica para o acom-

panhamento dos casos menos complexos deve aliviar um pouco a demanda dos serviços especializados. De qualquer forma, será necessária a criação de novos serviços, pois a implantação do PNHV provocará, certamente, aumento da demanda por parte da população em geral.

Para a efetivação do Programa de Imunização de Populações de Risco Acrescido, foram implantados quatro projetos-piloto: trabalhadores do sexo e usuários de drogas, em parceria com a Secretaria Municipal de Santos; travestis, com a Secretaria Municipal de Porto Alegre e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; e usuários de drogas, com Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e Nepad/Uerj.

A experiência acumulada em cada um desses projetos permitirá a definição das diferentes estratégias a serem utilizadas em âmbito nacional. Os projetos-piloto devem ser encerrados até o final de 2002. Paralelamente, estão sendo realizadas reuniões com as SES, SMS, Coordenações Estaduais de DST/Aids, Hepatites e Imunizações e Associações de Redução de Danos para a apresentação do Programa de imunização e a sensibilização das instituições.

Após esse período de diagnóstico e planejamento, o PNHV inicia a implantação de suas atividades propriamente ditas. A receptividade por parte de todos os segmentos da administração pública, entidades profissionais e de classe e sociedade civil organizada tem sido muito grande, demonstrando a grande carência da área e o potencial de envolvimento de toda a sociedade neste novo desafio.



## Saúde do Trabalhador

Segundo dados referentes a 2001, coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), existem no Brasil 40 milhões de trabalhadores empregados, dos quais 22,5 milhões contam com o seguro de acidentes de trabalho (SAT). Aos demais 17,5 milhões do mercado formal, acrescem-se os 43,2 milhões do setor informal, que não dispõem desse seguro.

As doenças do trabalho tiveram um aumento gradual nos registros dos serviços de saúde do SUS. Nas áreas rurais, foram identificados mais casos de contaminação por agrotóxicos e nas áreas urbanas cresceu a incidência da LER (lesão por esforços repetitivos), de intoxicação por produtos químicos e dos agravos decorrentes do trabalho infantil. Essa situação requer imediata adoção de critérios de formação da saúde nas políticas de desenvolvimento socioeconômico e uma atuação eficaz do SUS, não apenas na área assistencial, hospitalar e ambulatorial, mas, sobretudo, na atenção básica e nos serviços de vigilância.

A magnitude dos indicadores de mortalidade e morbidade decorrentes do processo de trabalho caracteriza-se pela precarização das relações de trabalho e pela intensificação do trabalho em si. A radiografia do mercado de trabalho no Brasil levou o MS a instituir um programa de saúde específico para os trabalhadores. O objetivo do Programa de Saúde do Trabalhador é prevenir e diminuir riscos e doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, de forma a contribuir para a redução e o controle dessas doenças e acidentes.

As ações contidas no Programa estabelecem a ampliação da atenção à saúde do trabalhador na rede do SUS, o desenvolvimento de ações de vigilância, processo e condições de trabalho e a capacitação de profissionais de saúde. Também são exercidas ações de educação em saúde e a articulação de parcerias intra-setoriais, intersetoriais e com entidades sindicais e empresariais, visando contribuir para a redução de doenças, acidentes e mortes.

Para reduzir o número de acidentes de trabalho e as mortes no ambiente de trabalho, o MS realizou várias atividades. Foram implantados nas unidades de saúde serviços para o tratamento dos agravos relativos à saúde do trabalhador e intensificadas ações de vigilância das condições e ambientes de trabalho com o objetivo de aumentar a proteção da saúde do trabalhador. O MS patrocinou vários estudos e pesquisas sobre os agravos à saúde do trabalhador e promoveu eventos técnicos com o mesmo tema.

Nesse sentido, optou-se por criar linhas de atuação para desenvolver a capacitação de profissionais de saúde com ênfase na atenção básica, vigilância sanitária e urgência e emergência, além de implementar o programa de atenção à saúde do trabalhador. Informações sobre o tema foram colocados à disposição pelo MS e criados vários projetos especiais. No período de 2000 a 2002, foram repassados para estados e municípios aproximadamente R\$ 12,3 milhões destinados às ações de capacitação de profissionais de saúde, implantação da Atenção à Saúde do Trabalhador; disponibilidade de Informações em Saúde do Trabalhador e desenvolvimento de projetos especiais.

### Ações para a saúde do trabalhador

Houve avanços na questão da saúde do trabalhador e na prevenção de acidentes e mortes. Foram estabelecidas políticas voltadas à redução das doenças e dos acidentes relacionados ao trabalho, como por exemplo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que foi formulada em

2000, por meio de grupo de trabalho e discutida em uma oficina, que contou com participação de 70 especialistas e técnicos de serviços da área. A fase atual é de validação e discussão dessa política na Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador do Conselho Nacional de Saúde (CIST/CNS). Essa Política Nacional de Saúde do Trabalhador aguarda apreciação pelo CNS e posterior publicação.

O MS desenvolveu ainda o Plano de Ação em Saúde do Trabalhador (Past), para atender objetivos estratégicos, entre eles o de contribuir para a redução de doenças e acidentes relacionados ao trabalho, respeitar o modelo de gestão adotado em cada localidade e efetivar a inserção da saúde do trabalhador nos diversos níveis de atenção do SUS. O Past é responsável também pelo aumento da resolubilidade da rede de serviços do SUS junto à população trabalhadora e pelo estabelecimento de mecanismos de integração intersetorial. O plano de ação foi concluído no ano 2002 e contou com a participação de técnicos de diversos serviços e assessores em planejamento, por meio de realização de oficinas.

Em parceria com estados e municípios, centrais sindicais e confederação de empregadores foi planejado, em 2000, o projeto que institui a Rede de Cuidados Integrados em Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Trata-se de uma proposta de capacitação dos profissionais da rede, com vistas à ampliação da capacidade instalada, o desenvolvimento de ações de vigilância e de educação na promoção da saúde e na abordagem das Lesões por Esforços Repetitivos. O projeto encontra-se em andamento.

Com o objetivo de contribuir para a redução dos agravos causados pelo trabalho e para a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, formulou-se, em 2002, o projeto Observatório de Saúde do Trabalhador, cujo piloto foi implantado em Goiás, sob a coordenação de diversas instituições públicas e entidades sociais.

Está sendo promovida a implantação de um sistema integrado de vigilância em saúde do trabalhador para as áreas que utilizam o amianto no Brasil. O objetivo do projeto é dinamizar as ações de vigilância ambiental e ocupacional, dando suporte ao SUS para monitoramento da população exposta ao asbesto e amianto no País. A proposta começou a ser executada em 2001, em parceria com a Fiocruz e as SES e SMS. No mesmo ano, foi concluído o projeto Empresa Saudável. Trata-se de um plano de prevenção, que tem como objetivo estimular, por meio de incentivos variados, a adoção, pelas empresas, do princípio da produção segura. Isso significa que o funcionamento das empresas não pode afetar a saúde dos trabalhadores, dos consumidores e do meio ambiente.

Em 2000, o MS concluiu uma análise do perfil dos agravos à saúde dos trabalhadores, a partir do estudo dos sistemas de informação em saúde (Datusus). No mesmo ano, foi elaborado um projeto, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, Fundacentro/SP, Ministério do Trabalho e Emprego, centrais sindicais e representações empresariais, de monitoramento e vigilância da população exposta ao benzeno no Brasil. O objetivo do projeto é capacitar, educar e normatizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador do SUS nas áreas industriais que manipulam ou fabricam esse produto, no âmbito do acompanhamento do Acordo Nacional do Benzeno. Um dos objetivos do projeto é proporcionar informações que subsidiem a formulação de estratégias de prevenção e o monitoramento da morbimortalidade por benzeno nas regiões brasileiras de alto potencial de exposição. O projeto está em andamento.

Também em 2000 foi proposto um projeto de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador na atenção básica e saúde da família, que também está em andamento.

## Redução de doenças, acidentes e mortes

Considerando-se apenas os 22,5 milhões de trabalhadores formais, o número de óbitos por acidente de trabalho foi de 3.896, em 1999; de 3.094, em 2000, e de 2.557, em 2001. O número de doenças relacionadas ao trabalho no mesmo período chegou a mais de 23 mil, em 1999, e reduziu-se para 19.605, em 2000, e para 17.470, em 2001. Os acidentes de trabalho registrados também foram reduzidos: em 1999, foram acidentados 363.917 trabalhadores, número que diminuiu para 344.263, em 2000, e para 322.175, em 2001. Estima-se que esses números correspondam a um terço dos acidentes que ocorrem na população que tem a cobertura do SAT, tendo em conta a subnotificação destes acidentes.

Para implementar suas ações, o Programa de Saúde do Trabalhador firmou diversos convênios: em 2000, foram executados 20 convênios, atingindo cerca de 200 municípios; em 2001, foram celebrados nove; e em 2002, 23 convênios. Entre 2000 e 2002 foram realizados 72 fóruns interinstitucionais.

Nesse período, o MS capacitou e treinou profissionais em saúde do trabalhador. Para a rede de cuidados integrais em LER, foram treinados 2.037 profissionais de saúde. Outros 3.367 multiplicadores foram capacitados em saúde do trabalhador para atenção básica e mais 210 em vigilância da saúde do trabalhador.

O apoio à gestão descentralizada foi concretizado por meio do trabalho de 12 assessorias para o desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador em estados e municípios e mediante a execução de instrumentos de gestão que foram produzidos entre 2000 e 2002. Entre as ações, pode-se destacar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o projeto Empresa Saudável, o Plano de Ação de Saúde do Trabalhador (Past) e o projeto Rede de Capacitação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica. Foram propostas ainda ações mínimas em saúde do trabalhador para o Pacto do Plano Diretor de Regionalização (PDR) a ser adotada pelos setores de saúde e previdência.

Para normatizar o programa, foram editados alguns instrumentos, entre eles o termo de cooperação técnica entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, que visa tornar disponíveis ao Datasus dados relativos a acidentes e doenças relacionados ao trabalho por estado e municípios e a Portaria Nº 1.339/99, que definiu uma lista de doenças relacionadas ao trabalho. A Área Técnica de Saúde do Trabalhador participou também da elaboração de várias portarias coordenadas pela SAS.

Foram editados uma série de materiais educativos e institucionais sobre saúde do trabalhador como, por exemplo, os Cadernos de Saúde do Trabalhador e um CD *Rom* com o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho e, outro, com o Repertório Brasileiro do Benzeno. Cinco vídeos foram produzidos e distribuídos 18 mil cartazes, 12 mil cartilhas e 11 mil *folders* de educação e orientação sobre a saúde do trabalhador.

A Área Técnica Saúde do Trabalhador elaborou projetos especiais para temas específicos que tratavam do monitoramento e vigilância da população exposta ao benzeno e ao asbesto-amianto (em desenvolvimento). Um desses projetos teve como objetivo desenvolver ações macrorregionais de erradicação do trabalho infantil e, o outro, em fase de finalização, trata da rede de cuidados integrais em LER.

Com a finalidade de contribuir para o alcance da meta de redução da taxa de acidentes fatais decorrente do trabalho em 40%, até 2003, o MS atuou em parceria com os Ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social. Uma das 13 metas mobilizadoras do Programa

Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) é a “Trabalho é Vida”, cuja condução das ações coube ao Ministério do Trabalho em parceria com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, entidades empresariais e centrais sindicais.

Uma demanda importante é a adequação da Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast), ao lado da instituição do registro e notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, da priorização de estratégias de notificação e investigação de agravos prioritários e da disponibilidade dados epidemiológicos, de produção e financeiros das bases nacionais de informação do Ministério da Saúde. Acresce-se a articulação para que a Pnad/2003 contemple questões referentes às doenças e acidentes do trabalho, possibilitando novas estimativas para medir o risco da população economicamente ativa (PEA) e a análise da metodologia utilizada no tratamento e consolidação dos dados previdenciários de redução dos acidentes fatais de trabalho.

## Saúde no Sistema Penitenciário

A população confinada no Sistema Penitenciário Nacional está estimada em cerca de 240.107 indivíduos, sendo 181.381 distribuídos nos presídios dos 26 estados e Distrito Federal e o restante em cadeias públicas. Os dados são referentes a maio de 2002 e constam do cadastro do Sistema de Informações Penitenciárias (Sipen), do Ministério da Justiça. Deve-se considerar que convivem com essa população 33.815 servidores prisionais.

Pesquisas da organização não-governamental *Human Rights Watch*, apresentadas no relatório “O Brasil Atrás das Grades”, de 1998, apontam que mais da metade dos presos tem menos de 30 anos de idade; 95% são homens e pobres; dois terços não completaram o ensino fundamental e 12% são analfabetos.

Em São Paulo, pesquisa do Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas Judiciais (Cebepj), de março de 2001, revelou ser comum encontrar jovens de 20 anos de idade acumulando penas de até 40 anos. Quase a metade dos delitos “contra o patrimônio” é cometido por jovens na faixa etária de 18 a 21 anos de idade. Apenas 25% dos acusados por furto e 15% por roubo têm mais de 30 anos de idade. Mais da metade dos acusados é reincidente.

Os homens respondem por 97% das ocorrências e 64% dos acusados de roubo são desempregados. Desses, 69% são solteiros. Dos crimes de roubo e furto em São Paulo, 57% são cometidos por brancos; 12% por negros; e 62% são praticados por paulistas.

A superlotação é, provavelmente, o problema crônico mais grave que aflige o sistema penal brasileiro. Se a população carcerária no Brasil está calculada em 240.107 pessoas, o déficit de vagas, em números absolutos, é de 58.611. Isso significa que o país tem, em média, 32,2% de pessoas presas além da capacidade do sistema.

Com 42,8% (102.808 pessoas) da população carcerária do país, São Paulo apresenta um déficit de 15.222 vagas. Minas Gerais, com 8,2% da população carcerária (19.786 pessoas), tem déficit de 15.546 vagas. Somente esses dois estados concentram 51% da população prisional brasileira. Somando São Paulo e Minas ao Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, esse percentual chega a 65,9% do total de pessoas confinadas no país.

Não existem estudos nacionais que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária. O padrão de confinamento, na maioria das unidades prisionais, revela uma série de fatores de risco à saúde dessa população, a exemplo da superlotação, precárias condições de higiene, falta de controle da qualidade dos alimentos fornecidos, relações violentas, falta de atividades laborais e atividades físicas, uso de drogas, entre outros. A tais fatores, adiciona-se a precariedade da atenção à saúde dessa população. Além disso, não existem ações de promoção da saúde e prevenção. A assistência curativa é bastante precária e heterogênea entre os estados, variando da ausência absoluta até a existência de serviços próprios que oferecem os três níveis de atenção (RJ).

É possível, apesar da inexistência de dados, a partir dos riscos mencionados, estimar um padrão nosológico para a população presidiária. Tuberculose, DST/aids, pneumonias, dermatoses agudas, agravos à saúde mental, hepatites, traumas e diarreias infecciosas certamente apresentam magnitude significativa. Outros problemas que atingem a população adulta brasileira ocorrem também nesses espaços, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e da diabetes mellitus.

O relatório da *Human Rights Watch* afirma que diversas doenças infectocontagiosas, como a

tuberculose e a aids atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira. O *Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (Unaids), que apresenta os presídios como “um território ideal para a transmissão do HIV”, tem alertado as autoridades prisionais para a adoção de medidas preventivas que possam reduzir a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. O elevado número de casos de Aids encontrados nos presídios nacionais sustenta o alerta do Unaid e lhe conferem urgência.

No final de 1997, pesquisadores da Universidade de São Paulo, após coletarem dados por todo o país, estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil vivia com o vírus HIV. Ainda segundo a pesquisa, os maiores índices de contaminação por HIV ocorrem nos presídios do Sudeste do Brasil - uma área que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária. A região chega a atingir índices de aproximadamente 30% desse contingente. Os menores percentuais de contaminação foram encontrados no Nordeste, onde 2% a 3% dos presos estavam contaminados.

Vários trabalhos relatam altas taxas de prevalência de HIV na população prisional, no Brasil e em outros países. A prevalência de fatores de risco para a aquisição do HIV pode ser muito alta. Esses fatores incluem tanto o comportamento sexual de risco quanto uso de drogas injetáveis no interior dos presídios.

## Plano Nacional

Em novembro de 2001, os Ministérios da Saúde e da Justiça realizaram o I Fórum Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ocasião em que os ministros assinaram portaria interministerial instituindo comissão com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde para a população deste Sistema.

Assim, foram realizadas várias reuniões com a participação de áreas técnicas do Ministério da Saúde, representantes do Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária para a elaboração e pactuação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado em abril de 2002 pela Portaria Interministerial N.º 628.

O plano tem o objetivo de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas (aproximadamente 182 mil pessoas), por meio da implementação de ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. Para a operacionalização do Plano, devem ser organizados serviços ambulatoriais nas unidades prisionais para atender às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências. Deve também ser estabelecido o fluxo de referência para média e alta complexidade.

Uma equipe mínima constituída por médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas deve responder pelas ações de saúde no ambulatório da unidade prisional. Compõe a equipe, como agente promotor de saúde, uma parcela de 10% de presidiários. A essas pessoas, propõe-se a concessão do benefício de remição de pena.

Para o financiamento das ações de nível básico é criado o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário no valor de R\$ 105 per capita/ano. Ao Ministério da Saúde, cabe o financiamento correspondente a R\$ 75 per capita/ano e ao da Justiça o correspondente a R\$ 30 per capita/ano. O Ministério da Saúde se responsabiliza ainda pela assistência farmacêutica básica e o

da Justiça pela reforma ou construção das unidades ambulatoriais, bem como a aquisição de equipamentos.

A gestão do Plano é de responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde e a gerência pode ser exercida pelas Secretarias de Estado de Justiça, da Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, ou por organização da sociedade civil credenciada pela Secretaria Estadual de Saúde.

O repasse do incentivo deve ser feito fundo a fundo, após a aprovação do Plano Operativo Estadual elaborado conjuntamente por responsáveis das duas Secretarias envolvidas. O plano prevê ainda a organização do Sistema de Informação de Saúde da População Penitenciária.

Alguns dos pontos específicos do plano foram pactuados com as áreas pertinentes para o sucesso de sua implantação. O repasse do incentivo, por exemplo, exige abertura de conta por estado, pelo Fundo Nacional de Saúde, com o nome de “Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário” e a elaboração de instrução normativa para definir o fluxo para habilitação dos estados e repasse de recursos.

Para o sistema de informação, foram realizadas reuniões com consultores do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes), SAS, cartão SUS e Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde com o objetivo de elaborar em conjunto instrução normativa para orientação aos estados em relação ao cadastro de presos por meio do cartão SUS e cadastramento dos ambulatórios de saúde das unidades prisionais. Além disso, foram realizadas reuniões com vistas à utilização do Siab-Plus (Sistema de Informação da Atenção Básica), a partir de janeiro de 2003, como instrumento de informação de ações desenvolvidas pela equipe de saúde dos ambulatórios das unidades prisionais.

No âmbito de recursos humanos, foram promovidas discussões com o DAB visando a capacitação das equipes de saúde do sistema penitenciário, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e promover a atenção integral à saúde de pessoas detentas em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas; realização de oficina de trabalho com técnicos dos Ministérios da Saúde e da Justiça, profissionais de saúde especialistas no sistema penitenciário, técnicos das secretarias de Estado de Saúde e Justiça e representantes dos pólos de capacitação e formação em saúde da família.

Na área de medicamentos, a SPS propõe disponibilidade imediata de 200 kits, que serão repassados aos estados habilitados (Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e São Paulo). As secretarias de Estado da Saúde devem repassar os kits aos gerentes dos serviços, à medida em que as equipes de saúde estejam constituídas. Os kits serão fornecidos trimestralmente.

Entre outras ações, deve-se considerar que o Plano exige uma razoável articulação dos setores da Saúde e Justiça, prática ainda pouco comum, tanto em nível federal quanto estadual. É interessante notar que, mesmo com essas dificuldades, algumas ações têm sido desenvolvidas, a exemplo dos quatro fóruns organizados pelo Distrito Federal, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo com o objetivo de apresentar o Plano, esclarecer dúvidas e incentivar os estados na elaboração do Plano Operativo Estadual.

Também foi proporcionada orientação aos estados em relação ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e elaboração do Plano Operativo Estadual; orientação para elaboração de matéria referente ao Plano para o portal do MS; apresentação do Plano Nacional no Conselho Nacional de Direitos da Mulher do Ministério da Justiça.

Além disso, foram realizadas articulações com representantes da sociedade civil, como a Pastoral Carcerária, Associação de Familiares e Amigos dos Presos do Estado do Rio de Janeiro e ONG's que desenvolvem ações de prevenção junto à população prisional.

Constituiu-se a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Portaria N.º 863, de maio de 2002). Junto à implantação do Plano, serão desenvolvidas ações emergenciais em relação à tuberculose e hanseníase. Várias reuniões foram realizadas com consultores das áreas técnicas para definir a estratégia de ação, com o objetivo de detectar esses agravos em detentos e servidores prisionais. Essas ações devem acontecer por meio de parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde para definir rede de apoio ao diagnóstico e referência aos demais níveis de atenção nos casos apresentados e para a capacitação de equipes locais de saúde do sistema penitenciário.

Dada a importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população prisional brasileira, definiu-se por um Inquérito Nacional de Saúde na População Presidiária e de Servidores Prisionais, pesquisa que servirá também para subsidiar a operacionalização do Plano no sistema penitenciário. Os resultados contribuirão para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde dessa população. O objetivo geral do Inquérito é o de avaliar as condições de saúde em relação às doenças transmissíveis e não transmissíveis mais prevalentes nos presos e servidores prisionais de penitenciárias, colônias agrícolas, industriais ou similares e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Para a elaboração do termo de referência da pesquisa, foram realizadas reuniões com o Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde/SPS. Da mesma forma, para acertar questões referentes ao desenho do Inquérito, aconteceram reuniões com grupo de pesquisadores, Opas, Ministério da Justiça e áreas técnicas envolvidas. O projeto de pesquisa está em fase de conclusão e deverá ser encaminhado para avaliação.

## Adesão dos estados

Podem ser apresentados como resultados concretos do Plano o recebimento de seis termos de adesão dos estados de Alagoas, Ceará, Mato Grosso, Paraíba, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Rio e Santa Catarina já apontam para a possibilidade de encaminhar brevemente seus Planos Operativos Estaduais aprovados por seus respectivos Conselhos Estaduais de Saúde. Quatro Planos Operativos já foram recebidos dos estados de Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e São Paulo.

Esses planos foram analisados, apresentados à Comissão de Acompanhamento do Plano e aprovados em 22 de outubro de 2002. Os quatro estados estão habilitados a receber os recursos que compõem o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. Isso contempla aproximadamente 56% do total de pessoas presas no sistema. A estimativa do repasse anual, apenas para esses estados, é de R\$ 10,6 milhões.

Entre os desafios e perspectivas estão a implantação do Plano em todos os estados até o final de 2003; a adequação de itens à realidade local, em relação aos kits de medicamentos básicos, por exemplo; a realização de oficinas de trabalho para avaliação da implantação do Plano nos estados qualificados; e o monitoramento e avaliação dos sistemas de informação. Espera-se ainda a ampliação da participação da sociedade civil na implantação e implementação do Plano, além da ampliação da equipe de trabalho envolvida.

## **III. RESULTADOS**

### **C) Promoção e proteção da saúde segundo ciclos de vida**

1. Saúde da Criança
2. Saúde do Adolescente e do Jovem
3. Saúde da Mulher



## Saúde da Criança

A política de atenção à saúde da criança compreende grandes eixos estratégicos, estreitamente relacionados entre si, os quais visam produzir, de forma sustentável, mudanças na situação de vida e de saúde deste segmento populacional. Os principais eixos para a promoção da saúde da criança, são: (1) a redução da mortalidade infantil; (2) a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada; (3) a mobilização social e política e o estabelecimento de parcerias; (4) a promoção de vida saudável; e (5) a melhoria da gestão.

A implementação dessa política, sob a responsabilidade dos gestores do SUS nos três níveis de governo, requer a busca constante da qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Para tanto, no âmbito federal, tem sido de fundamental importância a articulação constante da Área Técnica de Saúde da Criança com outras da própria SPS, como a de Saúde da Mulher e o Departamento de Atenção Básica, e do próprio Ministério, como o Programa Nacional de Imunizações, coordenado pela Funasa, além da Sociedade Brasileira de Pediatria. Acresce-se ainda as parcerias estabelecidas com instituições internacionais e não governamentais, que permitem à Área dispor de recursos humanos capacitados, compondo um elenco de consultores que, somados a sua equipe de 14 técnicos e seis servidores de nível operacional, têm participado de forma efetiva dos resultados alcançados.

Prover os serviços de saúde e universidades de material técnico instrucional, capacitar profissionais, planejar, assessorar, monitorar, avaliar equipes técnicas de saúde têm sido medidas prioritárias na busca da ampliação do acesso, na melhoria da qualidade e na humanização da atenção prestada as crianças brasileiras.

## Atividades e resultados

Na atenção à saúde da criança, o Plano Plurianual – PPA 2000-2003 – estabelece como principais linhas de ação do Ministério da Saúde o apoio ao desenvolvimento de pesquisas; a implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano; a acreditação de Hospitais Amigo da Criança e a promoção de eventos técnicos. Essas linhas desdobram-se das em uma série de atividades incentivadas pela equipe do nível federal, e descentralizadas, via convênio, para os 10 Centros Nacionais de Referência para a Saúde da Criança. Além disso, o trabalho tem sido norteador pela busca de parcerias intersetoriais, interministeriais e com o terceiro setor.

O elenco de ações compreendidas no aleitamento materno, na atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), na assistência ao recém nascido, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a prevenção de acidentes e violências determinaram a formulação e implementação de projetos específicos como: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), Bancos de Leite Humano (BLH), Semana Mundial da Amamentação, Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), Carteiro Amigo, Bombeiro da Vida, Método Mãe-Canguru, Registro de Nascimento e Biblioteca Viva.

Além desses, cabe destacar o Projeto para a Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), criado em 1995, que hoje permeia toda a atuação da Área Técnica, constituindo o macro-objetivo de redução da mortalidade infantil, como referido inicialmente, um dos eixos estratégicos com vistas

às mudanças em andamento. À época, esse Projeto foi implantado em 913 municípios que apresentavam as piores condições de vida no país, priorizando ações de saneamento, saúde e nutrição voltadas para a mulher e a criança, com o objetivo de contribuir para a melhoria da situação de vida das crianças menores de cinco anos de idade. Atualmente, o PRMI não está restrito à aceção do Projeto que representa, mas sobretudo a um conceito presente em todas as ações desenvolvidas.

## Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na infância – AIDPI

A AIDPI, estratégia preconizada pela OMS/Opas e Unicef, foi incorporada pelo Ministério da Saúde à política de saúde da criança em 1996, de forma direcionada, prioritariamente, para o atendimento em nível primário. Tal estratégia vem sendo trabalhada buscando integrar as atividades de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças mais freqüentes na infância, com vistas a reduzir a morbimortalidade nessa faixa etária.

Para garantir maior eficácia na AIDPI, em 1998, foram capacitados 851 profissionais da saúde de nível superior para o apoio à implantação desta estratégia em 913 municípios de risco, cobertos pelo PRMI e com o Pacs/PSF implantados, proporcionando a cobertura de 12 estados. Em 1999, para reforçar tal estratégia nas regiões Norte e Nordeste, foram capacitados 2.087 profissionais de nível superior, a maioria integrante do PSF. Já no período de 2000 a 2002, essa capacitação estendeu-se a 5.212 profissionais nas diversas regiões do país.

Além da capacitação, foram desenvolvidas atividades de acompanhamento e avaliação dos profissionais treinados, pesquisas operacionais para avaliar a qualidade das ações do AIDPI em desenvolvimento nos serviços de saúde, revisão e atualização de normas técnicas e materiais instrucionais e elaboração de material educativo-instrucional para os agentes comunitários de saúde e as equipes do PSF.

Iniciada em 1997 em quatro estados, a estratégia da AIDPI atingiu, em 2000, 24 unidades federadas e o Distrito Federal. A partir de 2001, todos os estados passaram a contar com facilitadores, responsáveis pela implantação da estratégia.

## Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru

O Método Mãe Canguru, além de oferecer tecnologia apropriada e cuidados individualizados aos recém-nascidos de baixo-peso (RNBP) ou prematuros, promove mudança importante no modelo de atenção ao recém-nascido. No Brasil, esse Método visa principalmente uma mudança na atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família. Para implantação dessa metodologia, estabeleceu-se como meta a capacitação de equipes das 255 maternidades que fazem parte do Sistema de Referência de Gestação de Alto Risco do SUS, por intermédio dos sete Centros de Referência para Capacitação de Recursos Humanos.

No período de agosto de 2000 até setembro de 2002, foram realizados 53 cursos, regionais e estaduais, com o treinamento de 1.685 profissionais (neonatologistas, pediatras, obstetras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas) e o envolvimento de 260 maternidades. Além disso, também foram promovidos cinco seminários regionais de disseminação do Método Mãe Canguru voltado para os gestores.

Foi implantado um software para a avaliação clínica de todos os RNBP nascidos nas

Maternidades dos Centros de Referência e de todas as maternidades, desenvolveu-se um software que é colocado à disposição das maternidades que queiram participar do processo. Essa avaliação, feita via Internet, permite a Área Técnica de Saúde da Criança conhecer e acompanhar toda a evolução dos RNBP com assistência humanizada, permitindo rapidez na elaboração de relatórios e avaliação da assistência prestada a esta clientela.

Em julho de 2002, iniciou-se o processo de avaliação da implantação do método nos hospitais que tiveram equipes capacitadas.

Para a disseminação das ações, conta-se com a parceria do BNDES e da Fundação Orsa, voltada em especial para a realização de seminários de sensibilização, da elaboração de kits de material didático, na criação de software de avaliação e na publicação dos boletins periódicos sobre o tema.

## Crescimento e desenvolvimento

A Área Técnica de Saúde da Criança iniciou, em 1999, a reestruturação das ações relativas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essa reestruturação compreendeu a elaboração do Plano Nacional de Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Infantil na expectativa de que a discussão sobre o tema pudesse modificar o panorama atual da assistência, congregando as diversas áreas que trabalham com a saúde da criança e estabelecendo, em parceria, as estratégias e as linhas de ação para aperfeiçoar e implementar as atividades em curso. Como parte desse Plano, destacam-se:

- atualização, durante o ano de 2000, das Normas Técnicas de Crescimento e Desenvolvimento, as quais se encontram já impressas;
- elaboração, em 2001, do novo Cartão da Criança, adequado à estratégia de AIDPI, ao Programa Bolsa Alimentação, às mudanças no Calendário Básico de Vacinação, à atualização dos marcos de desenvolvimento infantil e a outros programas, como o da Triagem Neonatal e Registro Civil de Nascimento. Pretende-se que esse novo Cartão da Criança seja utilizado pelas famílias como o instrumento de acompanhamento da saúde das suas crianças e valorizado pelos profissionais de saúde. Encontram-se em fase de impressão 27 fotolitos e mais 500 mil unidades dos Cartões para serem distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde;
- iniciação, em 2002, da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento infantil — em realização em nove capitais —, com crianças de até três anos de idade, que tem por objetivos verificar a capacidade de predição dos indicadores para distúrbios do desenvolvimento, capacitar médicos da rede pública para a identificação precoce de problemas no desenvolvimento, verificar a associação dos indicadores com as características clínicas das crianças atendidas na rede pública e selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos de idade, proposta pelo Ministério da Saúde. Serão capacitadas cerca de 200 profissionais e acompanhadas, longitudinalmente, 1000 crianças;
- elaboração, em andamento, de proposta de capacitação em crescimento e desenvolvimento infantil para todos os profissionais da atenção básica de saúde, visando a disseminação dos conteúdos do novo Manual, do Cartão da Criança e o efetivo acompanhamento integral da criança. Esse trabalho resulta de parceria entre o Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde, do Instituto da Criança e da Escola de Saúde Pública de São Paulo. Para tanto, será produzida uma metodologia específica com materiais de apoio.

## Prevenção de acidentes e violência na infância

Considerando que a redução dos altos índices de morbimortalidade por acidentes e violências na infância requer uma ação inter e intrasetorial, a Área Técnica de Saúde da Criança vem fortalecendo, desde 1999, parceiras importantes, compreendendo a participação na:

- elaboração da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS N.º 737, de 16 de maio de 2001);
- elaboração da cartilha “Direitos Humanos e Violências intrafamiliar, informações e elaboração do “Protocolo de Violência Intrafamiliar”, destinado às equipes de saúde da família (2002);
- realização da Oficina de Apoio Psicossocial às Vítimas de Violência Intrafamiliar para produção de documento complementar aos mencionados anteriormente, contendo recomendações para a estruturação de serviços e para o próprio atendimento psicossocial às vítimas de violência (setembro 2001), da qual participaram 60 profissionais das áreas de enfermagem, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, entre outras;
- distribuição, em 2000, de 100 mil cartazes sobre Prevenção de Acidentes na Infância, produzidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria;
- realização, em agosto de 2002, do curso de Capacitação em Violência Doméstica para os profissionais de saúde do Estado do Ceará, visando atender a demanda local e estruturação do curso de Capacitação em Violência Intrafamiliar do Ministério da Saúde, como estratégia para qualificação de recursos humanos.

## Biblioteca Viva em Hospitais

Em parceria com a Fundação Abrinq e o Citibank, vem sendo desenvolvido, desde 2000, o Projeto Biblioteca Viva em Hospitais que objetiva promover a humanização da assistência à criança hospitalizada, a partir da mediação da leitura nas diversas áreas que a assistem no hospital. Entre as principais realizações em 2001, destacam-se: implantação do projeto em cinco hospitais da rede do SUS; capacitação de 55 profissionais e voluntários que são multiplicadores da metodologia; produção e doação de mobiliário específico para as atividades de leitura; doação de 7.500 livros de literatura infanto-juvenil; e produção de vídeo para sensibilização dos profissionais e disseminação da ação.

Ao final do ano de 2001, aproximadamente 64 mil crianças tinham sido atendidas pelo Projeto. Após avaliação do desenvolvimento do trabalho realizado até então, o Projeto foi expandido, em 2002, para 26 hospitais de todas as regiões do país. Também foram capacitados para a atuação nesses hospitais 412 profissionais, sendo 307 da área de saúde e 105 voluntários. Estima-se que, em 2002, mais de 300 mil crianças e adolescentes sejam beneficiados com o Projeto, e iniciado o processo de seleção para a inclusão de mais 100 hospitais do SUS. Em 2002 também, foi firmado Protocolo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Cultura para a doação aos hospitais da rede de 300 mil exemplares de literatura infantil, os quais entregues no mês de outubro.

## Aleitamento materno

No âmbito das medidas voltadas à promoção do amamentação, destacam-se o aumento significativo dos índices de aleitamento materno e o reconhecimento internacional das ações empreendidas, para o que contribuíram decisivamente a atuação das parcerias estabelecidas e da sociedade, cuja soma de esforços resultou em ações criativas, soluções eficientes e cientificamente comprovadas. Os projetos desenvolvidos nesse contexto estão descritos a seguir.

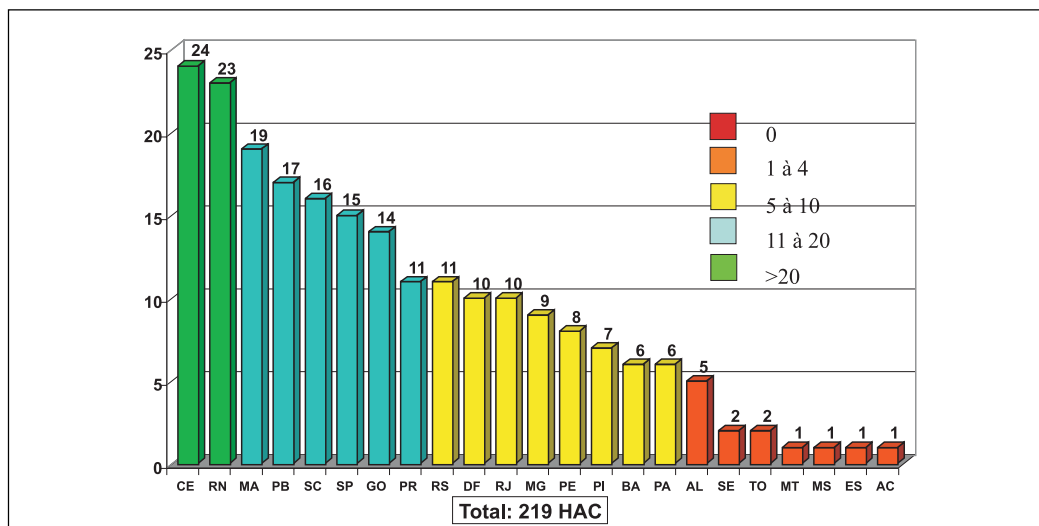
## Iniciativa Hospital Amigo da Criança- Ihac

Hospital Amigo da Criança é uma iniciativa voltada para o desenvolvimento da atenção humanizada, que vem redirecionando práticas, rotinas e procedimentos de diversas maternidades da rede do SUS, como as dos prestadores de serviços do Sistema e dos hospitais militares e privados, visando a promoção da amamentação. Tais unidades, que aderem à iniciativa, tornam-se referência na atenção humanizada à mãe e ao recém-nascido.

Para que sejam considerados Amigo da Criança, essas unidades devem cumprir 10 passos e atender a cinco critérios, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a partir do que são reconhecidos como tal e recebem a placa de credenciamento. Com o objetivo de impulsionar essa Iniciativa, a Portaria N.º 572, de junho de 2000, fixou, entre outros aspectos, os valores de remuneração sobre procedimentos pagos sobre a assistência ao parto na Ihac.

A Ihac, implantada no Brasil em 1992, envolve hoje 238 hospitais credenciados, que vem prestando uma assistência diferenciada ao binômio mãe-filho no país. Estudos comparativos têm demonstrado que a prática da amamentação é maior nas crianças nascidas nestes hospitais. Com o objetivo de ampliar o número de hospitais Amigo da Criança no período de 2000 a 2002, foram realizados cursos de sensibilização de gerentes, capacitando 1691 diretores de hospitais e chefes de clínicas de obstetrícia de 796 maternidades de todo o país.

### SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS “AMIGO DA CRIANÇA” NO BRASIL setembro 2002



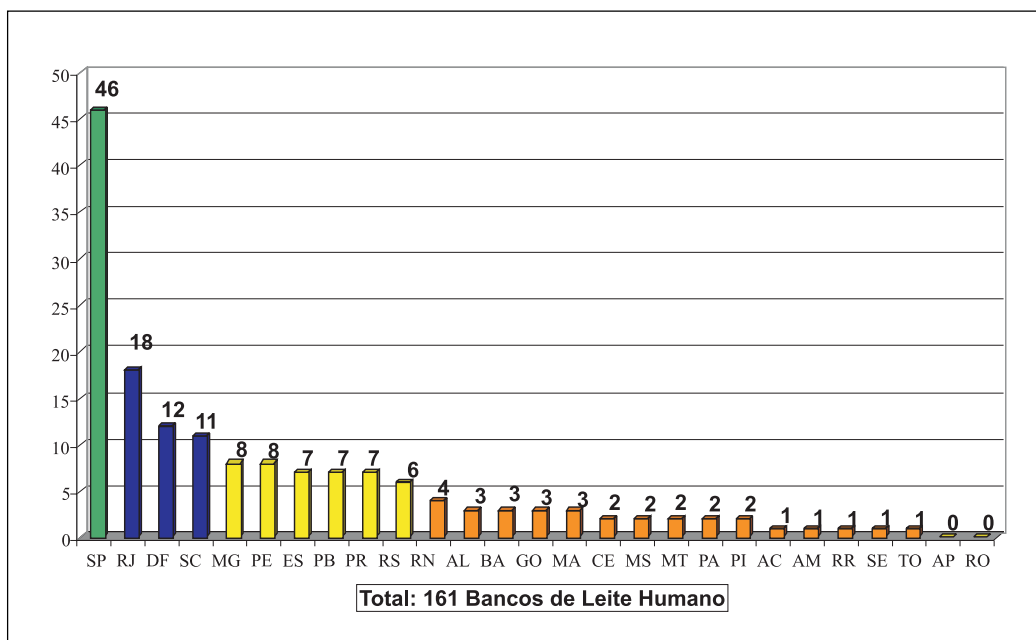
Em 2001, a Portaria N.º 29 de 27 de junho de 2001, editada pela SPS e a SAS, define o papel das SES e das SMS nessa Iniciativa, as reavaliações, o descredenciamento e redefina os cinco requisitos para o processo de credenciamento. De janeiro a novembro de 2002, foram credenciados 22 hospitais na lhac, totalizando 233 hospitais “Amigo da Criança” em 23 estados, dos quais 135 são unidades com mais de 1000 partos/ano.

Até novembro de 2002, já tinham sido reavaliados 141 hospitais. Os dados preliminares mostram que 82% dos hospitais reavaliados cumprem integralmente os 10 passos da lhac. Apenas um hospital no país foi descredenciado.

## Rede Nacional de Bancos de Leite Humano – BLH

A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil é considerada a maior do mundo. Esses Bancos de Leite exercem importante papel na assistência às mães e as crianças. Além da coleta e distribuição de leite humano, os bancos disseminam informações sobre a amamentação e cuidados com a criança.

### Situação dos Bancos de Leite Humano no Brasil setembro/2002



Já em 1998, 103 unidades de Banco de Leite Humano prestavam assistência gratuita à população, coletando, estocando e distribuindo leite humano pasteurizado, e com controle de qualidade. Como forma de estimular e reforçar a iniciativa dos bancos de leite, essas unidades receberam apoio técnico e financeiro e equipamentos para o desenvolvimento das atividades. No ano seguinte, os esforços foram direcionados para a ampliação do número de unidades, que alcançaram o total de 114 unidades.

Em 2000, já estava sendo coletado pela Rede de Banco de Leite volume aproximado de 80

mil litros de leite humano em 129 unidades. Em 2001, a Rede Nacional totalizou 151 BLH, distribuídos em 24 estados. Dados parciais (71%) mostram que foram coletados cerca de 74 mil litros de leite humano; cadastradas 49.200 doadoras e 75.700 receptores e atendidas 624.600 mulheres nesses 151 bancos de leite. Em setembro de 2002, a rede somava 161 BLH funcionando em 25 estados, com a estimativa de coletar mais de 100 mil litros de leite humano.

## Projeto Carteiro Amigo



O Carteiro Amigo é outro projeto de incentivo ao aleitamento materno, que surgiu no Ceará como estratégia para reverter o quadro de desnutrição e mortalidade infantil no Estado. A partir do resultado positivo da iniciativa, em junho de 1999, o Ministério da Saúde e o Ministério das Comunicações, por intermédio da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, assinaram um Protocolo de Atuação Conjunta para implementação da iniciativa em todos os estados da região Nordeste. Esse Protocolo possibilitou a mobilização, no período de 1º a 30 de outubro, de cerca de três mil carteiros, cujas atividades beneficiaram em torno de 560 mil crianças menores de um ano de idade e gestantes em toda a região.

Em sua versão 2000, o Projeto foi implementado em todos os estados do Nordeste e implantado, com sucesso, nas regiões Norte e Centro Oeste. Para tanto, foram treinados seis mil carteiros, beneficiando cerca de um milhão de crianças menores de um ano de idade e gestantes. No ano seguinte, 2001, o Projeto foi ampliado para todas as regiões do país, envolvendo a participação de 16 mil carteiros em 248 municípios, que passaram a orientar aproximadamente dois milhões de mães e de crianças menores de um ano de idade.

Para a divulgação do Projeto, o Ministério da Saúde produziu 1,7 milhão de folderes sobre as ações e a serigrafia de 30 mil camisetas com a mensagem "Amamentação. bom para a mãe, melhor para o bebê". Nesse ano, o Projeto ganhou o prêmio Hélio Beltrão, no 6º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal com o tema "Carteiro Amigo: o carteiro levando informações para o cidadão". Em 2002, cerca de 20 mil carteiros estarão atuando em aproximadamente em 500 municípios, atendendo mais de três milhões de gestantes e crianças menores de um ano de idade.

## Semana Mundial de Aleitamento Materno



Com o objetivo de incentivar a prática da amamentação e envolver os estados e municípios na sensibilização da população, é comemorada anualmente, desde 1999, no período de 1º a 7 de outubro, a Semana Mundial de Aleitamento Materno. Para que essa Semana Mundial tenha êxito, o Ministério da Saúde, além de coordenar nacionalmente o evento, fornece material de divulgação, como cartazes, folderes, bunnens e outros. Nos estados e municípios, essa Semana Mundial de Aleitamento Materno já integra a agenda de eventos da saúde que, a cada ano, tem uma temática específica para discussão. Em 2002, o tema da Semana Mundial foi “ Amamentação: mães e bebês saudáveis” e celebrada excepcionalmente de 4 a 10 de novembro.

A Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 1999, nas capitais e no Distrito Federal, revelou um aumento na duração da mediana da amamentação, mostrando uma elevação de 5,5 para 9,9 meses. Outro dado importante demonstrado pelo estudo foi o aumento do aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses de idade, que passou de uma prevalência de 3,6%, em 1986, segundo dados da Benfam, para 35,6%, em 1999.

## Monitoramento do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes - NBCAL

Esse monitoramento exige vigilância e revisões periódicas da Norma, além da capacitação dos profissionais que atuam nessa área. Em fevereiro de 2001, foi concluída a revisão da NBCAL, que passou a incluir também o controle dos leites infantis destinados a crianças de primeira infância, relacionada à faixa etária de um a três anos de idade, e o controle dos suplementos nutricionais direcionados para prematuros, entre outros.

A revisão da NBCAL e, principalmente, a sua publicação representam um avanço nas ações de proteção do aleitamento materno no Brasil, considerando a importância de se melhorar a fiscalização e o cumprimento desta Norma. Para a sua melhor elaboração, cumprimento e fiscalização,

a Norma foi desmembrada em três Portarias, duas das quais sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (uma relativa à promoção comercial e rotulagem de alimentos infantis e a outra sobre a promoção comercial e rotulagem de mamadeiras bicos e chupetas — a resolução RDC 222 e a 221, respectivamente).

## Bombeiros da Vida



Essa iniciativa tem se ampliado sistematicamente, com o engajamento dos Corpos de Bombeiros Militares, cuja parceria propiciou a formação de multiplicadores institucionais em várias corporações. Atualmente, o Projeto está sendo implementado em 10 unidades federadas — DF, RJ, SP, CE, BA, PB, MG, SE, PE e PI —, com a perspectiva de expansão para todo o país. É reconhecido como um projeto pioneiro e de referência na coleta de leite humano em todo o país e na promoção da amamentação. O Projeto também foi contemplado em 2002 com o prêmio Hélio Beltrão, no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal.

## Registro de nascimento

A Lei N.º 9.534/97, conhecida como Lei da Gratuidade para os registros de óbitos e nascimentos, constitui um grande avanço na garantia da cidadania da sociedade brasileira. Considerando a importância do registro de nascimento no desenvolvimento das ações de saúde, o Ministério da Saúde desencadeou e operacionalizou, em 1999, a Campanha Nacional de Registro de Nascimento para crianças de zero a 12 anos de idade. O objetivo foi a diminuição do sub-registro nacional, cuja estimativa anual era de três milhões de nascimentos não registrados, representando 1/3 das crianças.

A partir de 2000, a chamada Lei de Emolumentos — Lei N.º 10.169 — permitiu que os oficiais de registro civil criassem fundos para o ressarcimento dos atos executados em relação à

gratuidade. Esse fundo, em funcionamento em 22 estados, teve o apoio do Ministério da Saúde, das SES das Corregedorias Estaduais de Saúde na sua implantação, mediante a elaboração de leis estaduais. Tal medida viabiliza a proposta de implantação de Postos Avançados de Registro nas Maternidades do SUS, que, até o momento, já somam 64 unidades.

Em 2002, o Ministério da Saúde criou um procedimento extra teto, via recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — Faec —, no valor R\$5,00, para as maternidades que propiciarem registros de nascimento na hora da alta hospitalar. Com isso, estima-se que, anualmente, poderão ser beneficiados cerca de 2,4 milhões de recém-nascidos.

## Apoio aos centros de referência nacional para a saúde da criança

A formação de parcerias e a descentralização de ações são importantes estratégias desenvolvidas na área da criança, principalmente com relação à capacitação e formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, foram credenciados, em 1999, seis Centros de Referência Nacional para a Saúde da Criança, objetivando o desenvolvimento de estudos e pesquisas, além da capacitação dos profissionais para atuarem como facilitadores das ações de saúde da criança tanto assistenciais quanto instrucionais.

Esses centros estão localizados nas macrorregiões e desenvolvem as suas ações em permanente articulação com a Área Técnica da Saúde da Criança, sempre atuando como colaboradores para o planejamento e execução de projetos e atividades, além de realizarem avaliação de materiais educativos e instrucionais, tendo como referência os conteúdos normativos definidos pelo Ministério da Saúde.

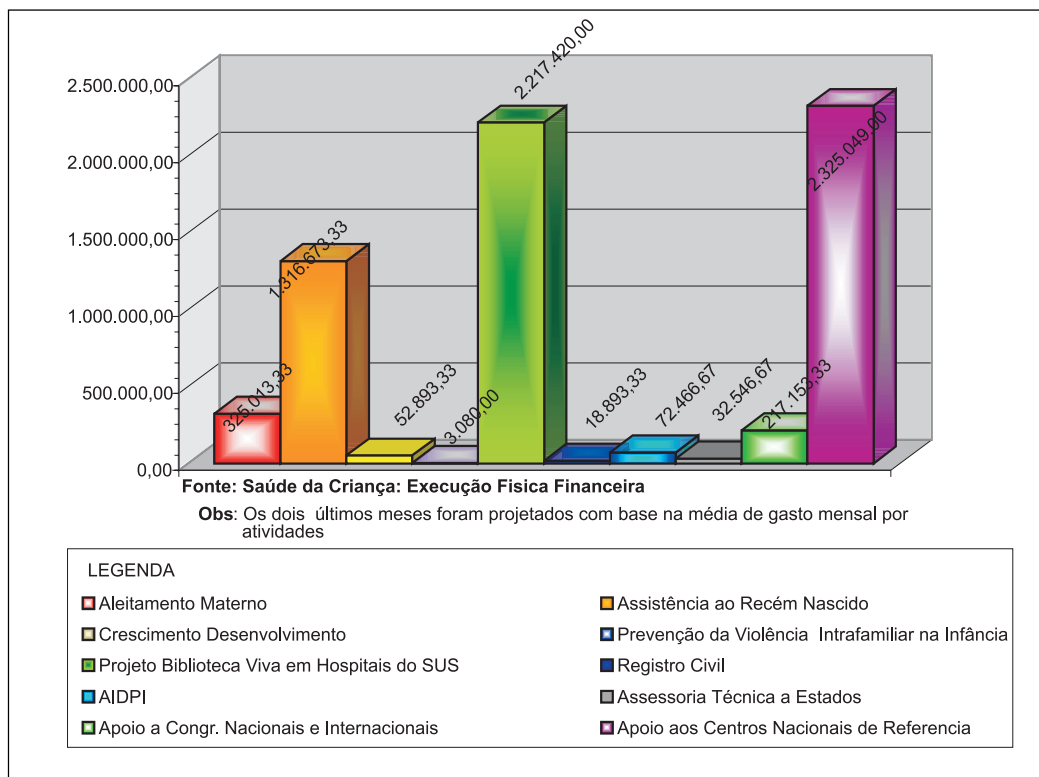
Entre as atividades desenvolvidas pelos Centros de Referência Nacional para a Saúde da Criança, estão: capacitação de profissionais para serem multiplicadores das ações de saúde da criança nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em ONG's e nos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde-PSF/Pacs).

Cabe aos Centros de Referência, também, o desenvolvimento de pesquisas operacionais e epidemiológicas; testagem de materiais instrucionais; assessoramento a estados e municípios da sua área de abrangência; apoio, em nível macrorregional, na descentralização e a implementação do SUS no que se refere à saúde da criança brasileira. Para a execução de todas essas ações, foram repassados para os Centros, no exercício do ano 2000, o montante de R\$ 1.162.383,00. Em 2001, foi programado, para seis Centros de Referência, o repasse de R\$ 1.220.719,00. Em 2002, o repasse alcançou o montante de R\$ 2.325.049,00.

## Execução orçamentária

No PPA 2002, foram alocados recursos orçamentários ao programa de saúde da criança e aleitamento materno no valor R\$3,7 milhões, destinados à implementação de políticas públicas da Área. Contudo, foram comprometidos, orçamentária e financeiramente, neste exercício, recursos no montante de R\$8,9 milhões, cuja execução ocorreu de forma direta e descentralizada, via convênios. Foram utilizados na execução direta R\$ 4,3 milhões e repassados, orçamentariamente, via convênios, R\$ 4,5 milhões, sendo R\$ 2,2 milhões para a implantação do Projeto Biblioteca Viva em 100 Hospitais do SUS e R\$ 2,3 milhões para os Centros Nacionais Referência do Programa Integral da Saúde da Criança, conforme quadro a seguir.

## Recursos Orçamentários-Financeiros Utilizados e Empenhados no Desenvolvimento das Atividades do Programa Integral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Exercício de 2002



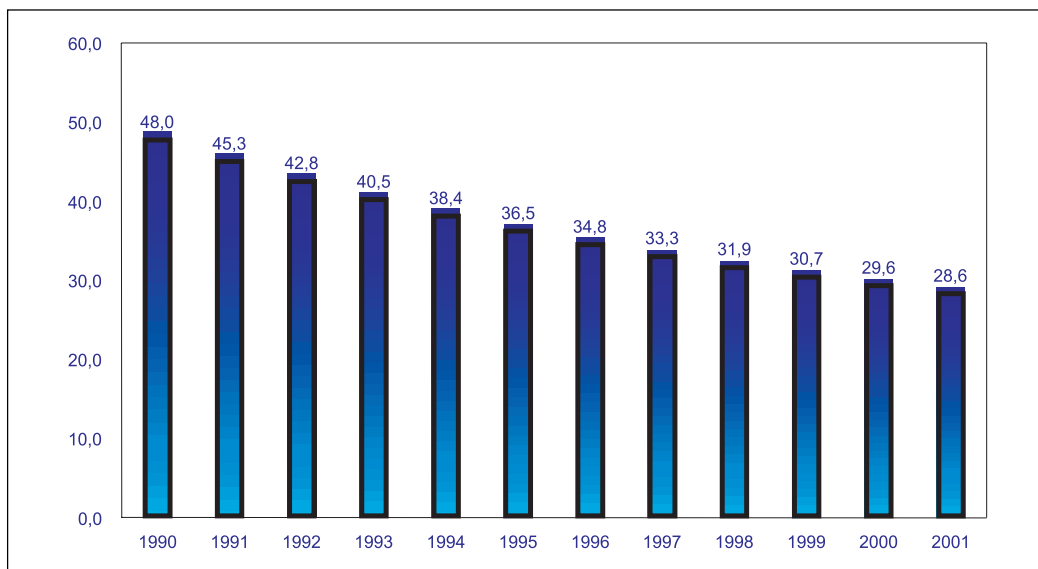
Na análise da execução orçamentária-financeira deste exercício, observa-se que 43,34 % dos recursos utilizados na execução direta foram nas atividades de assistência ao recém-nascido e aleitamento Materno, as quais produzem impacto sobre a saúde da criança brasileira. Quanto aos recursos utilizados extra PPA/2002, estes recursos foram alocados à área em consequência de pactuação com a Secretaria de Políticas de Saúde – SPS e originaram-se de outras rubricas da Secretaria.

## Resultados alcançados

O resultado desse trabalho tem repercutido e contribuído de forma importante para a melhoria dos indicadores de saúde da criança, destacando-se a redução da mortalidade infantil, a redução da desnutrição, o aumento da prevalência da amamentação, entre outros, que atestam os avanços obtidos. Entre as conquistas verificadas, destacam-se:

- redução de 38% da mortalidade infantil entre os anos de 1990 a 2000, evitando-se, assim, neste período, mais de 400 mil mortes de crianças menores de um ano de idade. Essa redução foi mais de duas vezes superior à média dos países que participaram da Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância — de 14% — e superior à dos países da América Latina (de 25%);

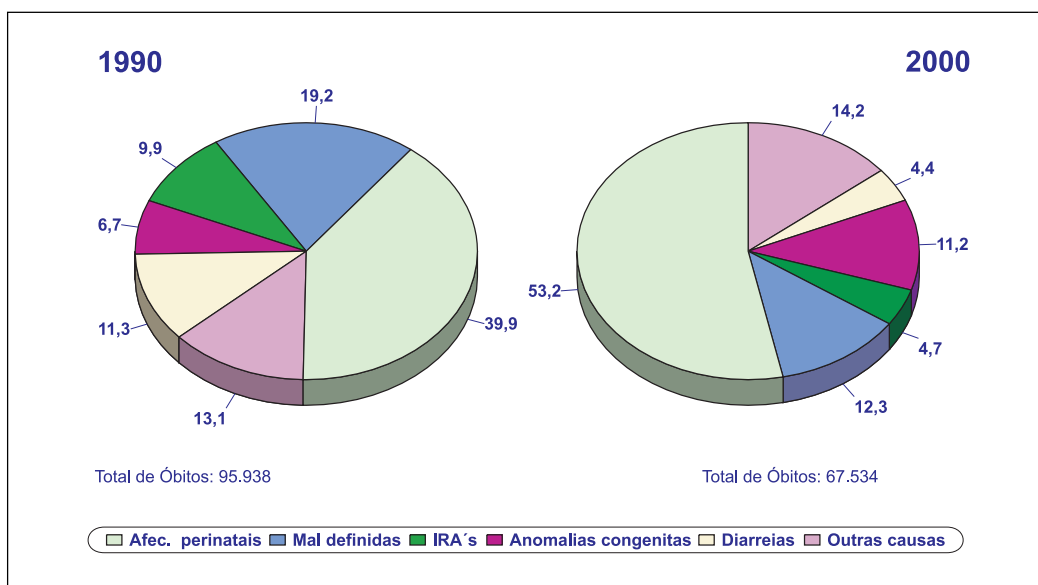
## Mortalidade Infantil Brasil, 1990 a 2001



Fonte: IBGE, Censos Demográficos e PNAD's

- declínio de mais de 50% nas mortes infantis por diarreia e de 32% por infecção respiratória;
- mudança no perfil de mortalidade de menores de um ano de idade, com as causas perinatais passando a responder por 53% dos óbitos;

## Principais Causas de Óbitos em Menores de 1 Ano BRASIL, Mortalidade Proporcional, 1990 e 2000



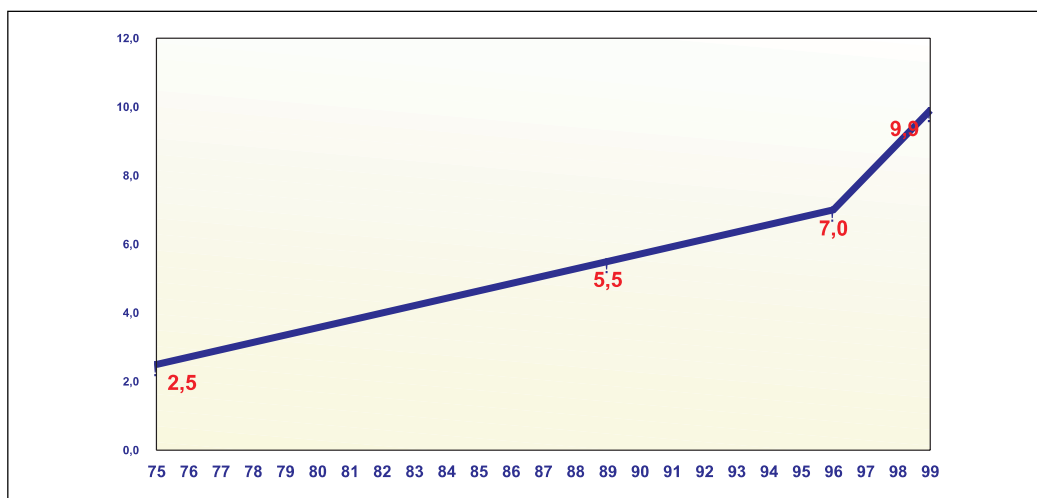
- redução de 30,6% de óbitos de crianças menores de cinco anos de idade na rede do SUS, com destaque para a diminuição das mortes por diarreia — de -68% — e por pneumonias (em -46%);

### Internações e Óbitos Hospitalares < 5 anos Brasil, Rede SUS, 1995 e 2001

Brasil	1995		2001		Variação % 95-2001	
	Internações	Óbitos	Internações	Óbitos	Internações	Óbitos
D.Diarreicas	445.496	3.740	355.272	1.180	-20,25	-68,45
Septicemia	44.912	9.127	25.824	5.508	-42,50	-39,65
Insuf.Resp.Aguda	39.302	2.475	37.820	2.218	-3,77	-10,38
Outras IRAS	58.876	204	58.087	70	-1,34	-65,69
Pneumonias	567.280	6.164	513.281	3.304	-9,52	-46,40
Asma	128.689	214	148.914	140	15,72	-34,58
Afecções Perinatais	103.916	11.552	118.125	11.186	13,67	-3,17
Malform. Congen.	27.169	1.795	24.067	1.513	-11,42	-15,71
Primeiro atendimento*	29.095	1.263	40.255	654	38,36	-48,22
Def. Nutricionais	43.989	1.284	21.293	501	-51,59	-60,98
C.Externas	45.098	450	37.556	268	-16,72	-40,44
<b>Total</b>	<b>1.533.822</b>	<b>38.268</b>	<b>1.380.494</b>	<b>26.542</b>	<b>-10,00</b>	<b>-30,64</b>
<b>Outros</b>	<b>296.968</b>	<b>6.463</b>	<b>297.435</b>	<b>4.743</b>	<b>0,16</b>	<b>-26,61</b>
<b>Total &lt; 5 anos</b>	<b>1.830.790</b>	<b>44.731</b>	<b>1.677.929</b>	<b>31.285</b>	<b>-8,35</b>	<b>-30,06</b>

- aumento da prevalência do aleitamento materno no país, cuja mediana da amamentação elevou-se de 5,5 meses, em 1989, para 9,9 meses, em 1999;

### Duração Mediana da Amamentação no Brasil 1975 a 1999



Fonte: ENDEF 1975, PNSP - 1989, PNDS 1996, PPAM -CDF - 1999

Elaboração Saúde da Criança/SPS

- diminuição do baixo-peso ao nascer de 10% para 7%, na década;
- redução do número de crianças sem o registro de nascimento de 30% para 20% no período de 1996 a 2000;
- erradicação da poliomielite e diminuição drástica das doenças preveníveis por imunização (desde 2000 não há registro de óbitos por sarampo).

## Desafios

A despeito dos importantes avanços alcançados na promoção da saúde da criança, como mostram os dados acima, ainda persistem desafios importantes. Estratégias que levem à redução das taxas de mortalidade neonatal (hoje, mais de 50% dos óbitos infantis ocorrem nos primeiros 28 dias de vida) e de desigualdades na sobrevivência infantil (o Nordeste concentra hoje metade dos óbitos no primeiro ano de vida), deverão continuar a ser uma prioridade da área.

A mortalidade neonatal vem sendo enfrentada mediante a melhoria da atenção à saúde da mulher durante o seu período reprodutivo, especialmente com a instituição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e pelos incentivos dados às maternidades de alto-risco. A implantação do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso — Método Mãe Canguru — é também uma estratégia fundamental para a redução dessa mortalidade e para melhoria da atenção aos bebês prematuros e de baixo-peso. A continuação, em 2003, da implementação e avaliação desses programas são de grande importância para gerar impactos na atenção perinatal.

O combate às desigualdades nas taxas de mortalidade infantil nas diferentes regiões do país e, principalmente, entre as áreas rurais e urbanas, bem como nas periferias de grandes cidades, que apresentam as taxas mais altas, deve envolver, necessariamente a realização de ações intra e intersetoriais, priorizando-se ações de saúde, saneamento básico, educação, acesso a renda.

Além disso, com o objetivo de promover cada vez mais uma atenção integral e de qualidade às crianças, é necessário investir esforços na implementação de atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, voltadas para a primeira infância, sensibilizando as famílias e os profissionais para a transformação do modelo e concepção de saúde, de forma a favorecer essa atividade de seguimento e promoção da saúde da criança.

## Saúde do Adolescente e do Jovem

A juventude brasileira, composta por indivíduos de 10 a 24 anos de idade, representa 51 milhões de pessoas, aproximadamente um terço da população do país. Segundo o IBGE, em 1970 eram 18,3 milhões de jovens, entre 15 e 24 anos de idade. Em 2000, essa faixa etária já representava mais de 32 milhões.

Essa fase da existência humana é caracterizada por uma maior exposição aos riscos e aos agravos, como o crescimento da morbimortalidade decorrente de violência, a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis e aids, o envolvimento com o consumo e ou o tráfico de drogas, o desemprego, entre outros.

No Brasil, a gravidez entre os 15 e 19 anos de idade cresceu 26% entre 1970 e 1991. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, demonstrou que 14% das mulheres nessa faixa etária tinham pelo menos um filho e que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade 10 vezes maior do que as de melhor nível socioeconômico. Entre 1993 e 1998, observou-se um aumento de 31% no percentual de partos de meninas de 10 a 14 anos de idade atendidos pelo SUS. Em 1999, mais de 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos para curetagem pós-aborto, sendo que quase três mil delas tinham de 10 a 14 anos de idade (Datusus, 1999).

Atualmente, o grupo etário de 10 a 14 anos de idade não dispõe de uma cobertura de dados nacionais sobre fecundidade. No entanto, a série histórica de 1996 a 2000, apresentada na tabela abaixo, evidencia que houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, passando de 31.911 partos, em 1996, para 32.489, em 2000. Nessa faixa etária, o risco biológico para agravos materno-fetais torna preocupante o acréscimo detectado porque indica atividades sexuais desprotegidas, em idades muito precoces, nas quais essas jovens ficam vulneráveis a outros agravos como as DST/Aids e à possibilidade dessas gravidezes serem fruto de violência sexual.

A gravidez na faixa etária de 10 – 14 anos de idade chama a atenção pelos riscos biológicos, psicológicos e sociais conseqüentes a ela, em uma fase da vida reprodutiva tão precoce. Os homens mais jovens também carregam o ônus de uma gravidez precoce quando assumem a paternidade sem estrutura econômica e, às vezes, emocional para educar um filho. Eles devem, portanto, ser contemplados com ações que os apoiem dentro do processo de saúde reprodutiva.

**Tabela 1**  
**Partos realizados na rede hospitalar do SUS no período de 1996 a 2000**

Ano	Total de partos em todas as idades	10-14 anos de idade		15-19 anos de idade		outras faixas etárias	
		número	%	número	%	Número	%
1996	2.743.141	31.911	1,16	675.839	24,63	2.035.391	74,20
1997	2.718.265	33.534	1,23	686.804	25,27	1.997.927	73,50
1998	2.617.377	31.857	1,22	666.582	25,47	1.918.938	73,32
1999	2.616.720	31.800	1,22	673.512	25,74	1.911.408	73,04
2000	2.504.654	32.489	1,29	646.801	25,84	1.825.364	72,87

Fonte: Datusus/Funasa/MS

Na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, a Tabela 1 aponta para um decréscimo de 4,3% nos partos atendidos no SUS. Esse decréscimo necessita de análise mais aprofundada porque, também, pode estar refletindo dificuldades no sistema de informação. Convém assinalar que nas outras faixas etárias houve um descenso de 10,3%, o que contribui para evidenciar a gravidez na adolescência.

**Tabela 2**  
**Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência – Brasil**  
**Internações por Região/UF e Faixa Etária 2 (2000)**

Região/UF	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	total	%
<b>Região Norte</b>	<b>349</b>	<b>4634</b>	<b>6522</b>	<b>11505</b>	<b>9,01</b>
Rondônia	30	496	647	1173	
Acre	25	309	418	752	
Amazonas	81	971	1514	2566	
Roraima	11	109	148	268	
Pará	175	2296	3135	5606	
Amapá	19	244	366	629	
Tocantins	8	209	294	511	
<b>Região Nordeste</b>	<b>1215</b>	<b>18327</b>	<b>27774</b>	<b>47316</b>	<b>37,11</b>
Maranhão	77	1142	1632	2851	
Piauí	83	1229	2068	3380	
Ceará	193	2694	4038	6925	
Rio Grande do Norte	46	622	922	1590	
Paraíba	42	377	615	1034	
Pernambuco	217	3064	4649	7930	
Alagoas	89	1097	1637	2823	
Sergipe	59	1061	1577	2697	
Bahia	409	7041	10636	18086	
<b>Região Sudeste</b>	<b>1122</b>	<b>18924</b>	<b>29274</b>	<b>49320</b>	<b>38,68</b>
Minas Gerais	218	4388	7379	11985	
Espírito Santo	67	1019	1373	2459	
Rio de Janeiro	335	4709	7141	12185	
São Paulo	502	8808	13381	22691	
<b>Região Sul</b>	<b>285</b>	<b>4199</b>	<b>6135</b>	<b>10619</b>	<b>8,94</b>
Paraná	120	1790	2589	4499	
Santa Catarina	73	1222	1752	3047	
Rio Grande do Sul	92	1187	1794	3073	
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>202</b>	<b>3303</b>	<b>5195</b>	<b>8700</b>	<b>6,81</b>
Mato Grosso do Sul	44	565	884	1493	
Mato Grosso	39	599	800	1438	
Goiás	67	1185	1720	2972	
Distrito Federal	52	954	1791	2797	
<b>BRASIL</b>	<b>3.173</b>	<b>49.387</b>	<b>74.900</b>	<b>127.460</b>	

Fonte: Datasus/MS

Lista Morb CID 10: Aborto espontâneo, Aborto por razões médicas, Outras Gravidezes que terminam em aborto

Juntando-se as internações por curetagem pós-aborto, Tabela 2, chega-se ao total de 731.850 gravidezes atendidas na rede do SUS, em adolescentes de 10 a 19 anos de idade.

Esses dados de partos e de internações por aborto, que podem estar refletindo maior cobertura hospitalar, não incluem os partos domiciliares ou aqueles realizados na rede privada, bem como os abortos clandestinos. Por isso, não revelam a magnitude da gravidez na adolescência no Brasil. No entanto, evidenciam a necessidade de se assegurar uma assistência de qualidade à adolescente gestante.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, é importante a análise sobre a ocorrência de DST/Aids, uma vez que os adolescentes e jovens estão na linha de frente da epidemia da aids, como indicam os dados da Coordenação Nacional de DST/Aids. Na faixa etária de 15 a 19 anos de

idade, de 1980 a 1990, a taxa de incidência foi de 0,6%, passando para 2,0% no período de 1991 a 2000; na faixa de 20 a 24 anos de idade, a incidência foi de 2,4%, de 1980 a 1990, passando, em 1991 a 2000, para 12,4%.

Segundo dados da CN/DST/aids, entre 1980 e 2001\* o número de casos de aids diagnosticados na faixa de 10 a 24 anos de idade representou 13,4%; 32,2% destes por compartilhar agulhas e seringas para uso de drogas injetáveis e 44,7% por meio de relações sexuais.

Aproximadamente 80% das transmissões do HIV no mundo decorrem do sexo desprotegido. O adolescente é mais propenso a dispensar o preservativo porque não tem acesso ou porque não é capaz de convencer o parceiro ou parceira da necessidade do seu uso, entre outras causas. Na presença de uma DST, o risco de transmissão do HIV é de três a cinco vezes maior.

**Tabela 3**  
**Casos de Aids Segundo Sexo e Faixa Etária – Brasil 1980 a 2001\***

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO
<b>10-14</b>	<b>438</b>	<b>154</b>
<b>15-19</b>	<b>2.955</b>	<b>1.593</b>
<b>20-24</b>	<b>15.001</b>	<b>7.407</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18.394</b>	<b>9.154</b>

Fonte: CN DST/Aids – Epidemiologia.

\*Casos notificados até 30/06/01

\*\*O total geral é de 215.810. Desses, cinco casos foram notificados em outro país.

As causas externas representam a primeira causa de morte de adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Em 1998, mais de 16 mil adolescentes morreram, representando 62,40% do total de mortes nessa faixa etária (Tabela 4). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, os acidentes de trânsito são os maiores causadores de mortes entre os jovens do sexo masculino em todo o mundo. Os acidentes estão geralmente relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e ou outras drogas. Somente em 1998, 3.847 adolescentes de 10 a 19 anos de idade morreram em consequência de acidentes com transportes (SIM/Datusus/MS), e mais de seis mil foram assassinados, mortandade comparável às registradas em conflitos armados.

**Tabela 4**  
**MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS DE IDADE, AMBOS OS SEXOS – BRASIL/1998**

CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE	FAIXA ETÁRIA		TOTAL 10 a 19
	10 a 14	15 a 19	
Agressões	461	6.404	6.865
Acidentes de Transporte	1.079	2.768	3.847
Afogamento	686	1.057	1.743
Eventos Indeterminados	316	1.199	1.515
Lesões Auto-provocadas Involuntariamente	94	604	698
<b>TOTAL</b>	<b>2.636</b>	<b>12.032</b>	<b>14.668</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Medicamentos (SIM)

A gravidez na adolescência, as infecções por DST e aids, a violência e as doenças mentais exigem cada vez mais intervenções do poder público. Enfrentar o desafio de promover o desenvolvimento da juventude requer a elaboração de políticas públicas capazes de prestar a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade e a participação de todos os setores da comunidade. Para isso, o Ministério da Saúde criou a Área Técnica para cuidar especificamente da saúde de adolescentes e jovens, cujo objetivo é prestar a atenção integral à saúde desse segmento populacional, incorporando-a à agenda do SUS, com a perspectiva de implantação de uma política nacional para reduzir a morbimortalidade, prevenir agravos e promover a saúde da juventude brasileira.

Nesse sentido, foi montada uma equipe de profissionais para implantar uma política nacional de saúde do adolescente e do jovem. O objetivo é assessorar estados e municípios na organização de serviços de saúde qualificados e articular com outros setores da sociedade o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. A Área Técnica de Saúde do Adolescente contava, em 2000, com uma equipe multiprofissional, integrada por dois médicos, uma enfermeira, uma psicóloga e uma pedagoga. Como parte integrante do plano de ação da SPS, em 1999 e 2000 foram preparadas atividades de modo a gerar um impacto positivo na qualidade da atenção à saúde da população de 10 a 24 anos de idade.

Em 2000 foram repassados para a atenção à saúde dos adolescentes R\$ 4,9 milhões; em 2001, foi repassado quase o mesmo valor e, em 2002, R\$ 7 milhões. O trabalho da Área foi direcionado para ações de prevenção e recuperação de vítimas dos agravos incidentes na população de jovens, de 10 a 24 anos de idade, com a identificação de grupos de risco, detecção precoce de doenças e educação preventiva, com ênfase na redução da gravidez na adolescência. Assim, as atividades concentraram-se nas seguintes áreas: capacitação de recursos humanos, educação em saúde para jovens, implementação de uma rede de “Espaços Jovens” de atenção multidisciplinar; *advocacy* em prol da juventude e promoção do protagonismo juvenil e de lideranças jovens.

Uma das principais dificuldades encontradas refere-se à falta de qualificação dos profissionais, nos estados e municípios, para atendimento das necessidades dos adolescentes; a pouca interesse político por parte dos gestores de alguns estados em desenvolver trabalhos voltados a adolescentes e jovens e a falta de incentivo financeiro para os municípios implantarem as ações.

## Atividades desenvolvidas

A Área de Saúde do Adolescente e do Jovem priorizou ações voltadas à estruturação e aprimoramento da rede de saúde, como a organização de serviços de atenção a saúde de adolescentes e jovens nos estados e municípios no decorrer do período 1999 a 2002. em agosto de 1999, a Área realizou o I Fórum de Juventude e Saúde, que contou com a participação de representantes de 30 associações de jovens brasileiros os quais se reuniram para conhecer as percepções e as demandas de saúde da população juvenil. O Fórum foi realizado em parceria com o Unicef, a Coordenação de DST/aids e a coordenação do Projeto de Promoção de Saúde da SPS/MS. No mesmo ano, promoveu o simpósio internacional de “Gravidez na Adolescência: parlamentares e especialistas construindo propostas para a ação”, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde - e a Câmara dos Deputados.

Foram produzidos materiais de instrução para os profissionais e materiais educativos para os adolescentes, destacando-se o primeiro caderno da série “Juventude, Saúde e Desenvolvimento” e os módulos de capacitação “Saúde do Adolescente e do Jovem, uma metodologia para capacitação a distância das equipes de atenção básica”, ambos produzidos em parceria com a Opas. Já em

parceria com o Unicef, editou-se o “Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional”.

Para desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção entre iguais, foi publicado o documento “Adolescentes Promotores de Saúde” e para fomentar a discussão sobre participação juvenil o “Protagonismo Juvenil”, oficinas de capacitação de equipes multiprofissionais. Vários protocolos também foram publicados, entre eles: “Organização de Serviços para Adolescentes”, “Ações Básicas para Adolescentes”, “Pré-Natal de baixo risco” e “Violência Intra-Familiar”, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher. Além disso, foi produzido ainda o “Kit Adolescente”, um material educativo para adolescentes da rede SUS.

Na área de recursos humanos, foram realizadas atividades de capacitação profissional em diversos setores, entre os quais saúde na adolescência, participação juvenil, saúde sexual e reprodutiva e violência doméstica. Foram treinados profissionais das áreas de saúde, educação, ação social, mídia e justiça, como também líderes comunitários, adolescentes e orientadores sociais do Programa Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano. Os orientadores capacitaram 5.225 jovens para atuarem como promotores de saúde, de cidadania e de meio ambiente.

Em parceria com a coordenação de DST/aids, realizou-se o seminário “Meninos e Meninas cumprindo medidas socioeducativas”, que contou com a participação de juizes, promotores e diretores de instituições que lidam com esta questão. O objetivo do encontro foi discutir ações conjuntas sobre o tema. Também foi realizado um seminário sobre o “Atendimento Psicossocial às vítimas de violência intrafamiliar”, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, com a participação de médicos, enfermeiros e assistentes sociais de todo o país. A Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem apoiou também eventos técnico-científicos, como o Congresso Cone Sul de Adolescência e o Congresso de Reprodução Humana; e encontros de jovens, como o Encontro Nacional de Adolescentes e Tribos Jovens.

Parcerias foram firmadas com entidades de classe para capacitar profissionais em saúde na adolescência. Para orientar os profissionais e educar os jovens promoveu-se vários cursos por meio de convênios e parcerias. Em convênio com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo –, foi feito curso a distância para atualização de 100% dos associados (15 mil ginecologistas) em ginecologia e obstetrícia da adolescente. Outro curso a distância sobre a saúde do adolescente foi realizado em conjunto com a SBP, para os 16 mil pediatras desta Sociedade.

Um convênio com a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn foi celebrado para a realização de curso direcionado a estes profissionais sobre o atendimento com qualidade ao adolescente brasileiro. Foram produzidos materiais educativos específicos, dentro do Projeto Acolher, e estabelecidos mecanismos de instrumentalização dos profissionais para a atuação junto ao jovem. Foram capacitados 200 mil enfermeiros e construída uma rede de profissionais qualificados e atuantes na atenção à saúde do adolescente. Também foi formalizado convênio com o Conselho Federal de Psicologia para atualização destes profissionais.

Na área de comunicação, criou-se a home-page [www.adolec.br](http://www.adolec.br), em parceria com a Biblioteca Virtual em Saúde – Opas/OMS e celebrado convênio com a Agência de Notícias dos Direitos da Infância (Andi) com o objetivo de disseminar notícias e informações entre jovens, famílias e profissionais de saúde. Outro convênio feito com a Andi resultou no seminário “A Mídia e a Saúde do Adolescente”, direcionado aos jornalistas. Com a Pastoral da Criança, foi desenvolvido um trabalho que consiste em estimular o diálogo no seio da família, aproximar todos os seus membros e fomentar a afetividade e a solidariedade entre eles.

Foram implantadas Redes de Serviços “Espaços Jovens”, que visam a integração dos serviços

dos diversos setores da sociedade com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos adolescentes adstritos, além da realização de projeto de capacitação em masculinidade (Projeto H) para formar equipes multiplicadoras nos estados.

Para subsidiar as estratégias da Área, está sendo realizada uma pesquisa sobre Reprodução Humana em Adolescentes de 10 a 14 anos de idade, em parceria com a Ecos (Comunicação em Sexualidade) e encontra-se em negociação com o Programa de Apoio ao Pai Adolescente (Papai) estudo acerca da sexualidade masculina.

## Participação da sociedade e da família

O impacto nos indicadores do programa de saúde dos adolescentes e dos jovens não depende unicamente das estratégias de ação desenvolvidas. As questões colocadas requerem a participação de vários setores da sociedade. Assim, as iniciativas do programa apenas contribuem para a redução dos índices negativos relacionados aos jovens e aos adolescentes.

Um dos resultados alcançados depois da implementação do programa foi a capacitação de 21.455 profissionais nas áreas de saúde, educação, ação social e justiça e líderes comunitários e adolescentes. Foram distribuídos 957 mil unidades de materiais de instrução para profissionais e educativos para adolescentes.

O resumo das principais notícias sobre adolescência e juventude veiculadas na mídia brasileira foram agrupadas no *site* Adolec/Brasil (<http://www.bireme.br/bvs/adolec>). Foram implantadas nove redes articuladas de serviços intersetoriais com atendimento direto a cerca de um milhão de adolescentes, desenvolvendo atividades de saúde, educação, cultura, esporte e cursos profissionalizantes.

Para assumir papel de relevância na sociedade, é necessário que o jovem tenha acesso a bens e serviços que promovam saúde, educação e bem-estar. É fundamental que a família e a sociedade compreendam os processos da adolescência e da juventude. Para enfrentar o desafio de promover o desenvolvimento da juventude é preciso que sejam elaboradas políticas públicas adequadas e a participação e dedicação de todos os setores da sociedade para enfrentar essa tarefa.

É necessário, ainda, que os gestores municipais assumam o compromisso político para a implantação das ações de saúde do adolescente na rede básica. É importante a continuidade de ações voltadas à redução dos índices de violência e de gravidez na adolescência, bem como o desenvolvimento de atividades destinadas a garantir o fomento da participação juvenil como estratégia de prevenção de agravos e promoção da saúde.

## Saúde da Mulher

A atenção à saúde da população feminina foi amplamente reivindicada pelo movimento organizado de mulheres no país. O setor público somente oferecia assistência durante a gestação e o parto. Esse movimento levou o Ministério da Saúde a lançar, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism).

Com o Programa, o sistema de saúde passou a considerar como legítimas as demandas para o atendimento às queixas ginecológicas, ao planejamento familiar e a questões relacionadas à sexualidade. A instituição do Programa evidenciou, também, a idéia de que os problemas na saúde reprodutiva das mulheres estavam associados as suas condições sociais e às relações estabelecidas entre elas e os homens.

A implementação do Paism não aconteceu com a qualidade esperada em todo o país. Um dos motivos são as diferenças regionais. O outro é porque os serviços básicos de saúde não eram capazes de resolver os problemas mais graves. Prova disso é que, após uma década, ainda registra-se as mesmas indesejáveis taxas de mortalidade de mulheres por causas evitáveis, como as maternas e aquelas por câncer de colo do útero.

Para enfrentar problemas desse tipo em um país continental, com 60 milhões de mulheres adultas – 46 milhões em idade fértil – era preciso desenhar estratégias capazes de atendê-las de forma plena nos mais de 5.500 municípios. Sem o atendimento nessa extensão e volume necessários seria impossível vencer os desafios.

Em 1998, o Ministério da Saúde deu prioridade à saúde da mulher. Três linhas principais de ação foram definidas e projetos específicos foram elaborados para enfrentar cada um dos problemas em todas as regiões do país.

A primeira linha de ação consiste em apoiar as mulheres em sua dimensão reprodutiva. Incluem-se aqui a ampliação do acesso a informações e métodos para o planejamento familiar e a melhoria da assistência à gestação e ao parto, a fim de garantir que as mulheres possam viver o evento da maternidade sem riscos e receber atenção humanizada.

Uma outra frente de trabalho tem como objetivo reduzir ao máximo a mortalidade feminina por causas evitáveis, como o câncer de colo do útero e aids. Como essas doenças ocorrem mais freqüentemente em mulheres pobres, evitá-las significa também diminuir a desigualdade no tempo de vida médio entre mulheres de diferentes classes sociais.

A terceira linha de ação diz respeito à participação do setor saúde no esforço nacional para barrar a violência contra a mulher, responsabilizando-se pelo adequado atendimento destas mulheres pelos serviços de saúde, em articulação com os demais setores envolvidos.

### Melhoria na assistência à gestação e ao parto

Uma das ações colocadas em prática pelo MS e financiadas pelo SUS foi em relação à melhoria da qualidade da assistência à gestação, parto e pós-parto. Foi elaborado um plano pela SPS, SAS e SE do Ministério da Saúde para atuação em três etapas da assistência.

Uma das etapas, iniciada em maio de 1998, consistiu em adotar medidas para melhorar a qualidade da assistência ao parto. O valor de remuneração do parto normal aumentou em 162,6% e a anestesia passou a ser remunerada. Também houve a inclusão de pagamento do parto realizado por enfermeira obstétrica e a inclusão de limite de pagamento, considerando-se a relação percentual entre cesarianas e partos normais. Para ampliar o número de profissionais, foram financiados 55 cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com 1.014 enfermeiras formadas. A previsão é de formar mais 600 enfermeiras em 2002.

A mudança no modelo de atenção ao parto rumo à humanização (dignidade no atendimento e redução das intervenções médicas desnecessárias) foi incentivada pelo MS. Para isso, criou-se o prêmio Galba de Araújo que, desde 1999 foi concedido a 15 maternidades das cinco regiões do país. Em parceria com a ONG Curumim, o MS implementou um Programa para capacitação de parteiras em municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A segunda etapa do plano, tratou da melhoria da qualidade em urgências e emergências obstétricas. A partir de junho de 1998, passou-se a investir na organização de um sistema de atenção à gestação de alto risco em todos os estados. Os investimentos beneficiaram 226 maternidades, cujos recursos foram direcionados à aquisição de equipamentos para aparelhamento das unidades de saúde, o treinamento de profissionais e a criação de centrais de regulação de leitos, para evitar que as mulheres fiquem peregrinando pelas cidades em busca de leito. Elevou-se também o valor pago pelas internações de gestantes com intercorrências, gerando um repasse adicional ao teto dos estados.

A etapa seguinte buscou investir na melhoria da qualidade da assistência pré-natal e no vínculo entre o pré-natal e a assistência ao parto. Em junho de 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que repassa às Secretarias Municipais de Saúde R\$ 50 por gestante adequadamente assistida – com no mínimo seis consultas de pré-natal, oito exames e uma consulta pós parto – e R\$ 40 a mais pelo parto.

O Programa está implantado em todos os estados, com a adesão de 3.920 municípios. Em 16 estados, entre 90% e 100% dos municípios aderiram ao Programa. São eles: AC, AP, RO, RR, TO, AL, CE, PB, RN, SE, SP, PR, SC, DF, GO e MS. Em mais sete estados - AM, PA, PE, PI, MG, RJ e MT - o percentual de municípios está entre 65% e 90%. Em apenas quatro a adesão foi inferior a 65%: BA (61%), MA (51%), ES (20%) e RS (36%). A grande maioria dos municípios (63%) aderiu ao Programa a partir do segundo trimestre de 2001, em virtude da mudança de governos locais no início daquele ano.

Até agosto de 2001, 2.031 municípios (58% dos aderidos) tinham cadastrado mulheres no Programa e apresentado este procedimento para pagamento. O número de mulheres admitidas mensalmente no Programa vem aumentando significativamente ao longo do tempo, tendo se elevado em 50% entre janeiro e julho de 2002. Até agosto de 2002, cerca de 316 mil gestantes tinham sido cadastradas.

Os recursos adicionais de custeio repassados a municípios e maternidades que aderiram ao Programa totalizam aproximadamente R\$ 3,8 milhões até o momento. Um kit básico para o exame da gestante foi distribuído a todas as equipes de saúde da família para apoiar o desenvolvimento do Programa. O financiamento de uma avaliação da implementação do PHPN está previsto para este ano, após um processo de licitação de projetos. Para melhor informar as mulheres sobre gravidez, parto e pós-parto, o MS elaborou e distribuiu aos estados e municípios um milhão de exemplares da agenda da gestante, além de cartazes sobre pré-natal.

O MS financiou um curso de formação para cerca de mil enfermeiras obstétricas e outro que

capacitou 36 mil profissionais para atuar na rede de atenção às gestações de alto risco. Em parceria com a Febrasgo, foi publicado um conjunto de manuais técnicos que abrangem todo o ciclo gravídico puerperal, suas intercorrências e condutas adequadas. Os manuais foram distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde, para todas as faculdades de medicina e para aproximadamente 26 mil profissionais envolvidos na assistência obstétrica.

Em 2002, o MS deu apoio técnico e financeiro para a capacitação de médicos e enfermeiras da rede básica de saúde de 14 capitais em pré-natal e planejamento familiar, com número previsto de 600 profissionais capacitados. Um projeto piloto já ocorreu em Maceió, Belém e Goiânia. Além disso, um *workshop* para discutir estratégias para a redução de cesáreas foi realizado em setembro de 2002, em parceria com o Cemicamp (Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas), com a participação de responsáveis pelos departamentos de obstetrícia e neonatologia das principais escolas médicas do país, a fim de mobilizá-los para a necessidade de reorientar a formação para a promoção do parto normal.

## Vigilância do óbito materno

Outra atividade desenvolvida foi a vigilância do óbito materno. O Ministério da Saúde, desde 1987, tem estimulado a criação e fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna em níveis nacional, estadual, regional, municipal e hospitalar, por ser uma importante estratégia para a melhoria do registro destes óbitos e da qualidade da assistência prestada à mulher durante a gravidez, parto, aborto, puerpério e no planejamento familiar mediante avaliação permanente das ações empreendidas.

O apoio técnico e financeiro para a realização de seminários e treinamentos e também a distribuição de 30 mil exemplares do “Manual dos Comitês de Mortalidade Materna” vem propiciando a criação de comitês com representação do governo e sociedade civil. Em 1998, funcionavam 14 comitês estaduais em todo o país e, hoje, existem 24.

Um estudo nacional para aferir a mortalidade materna está sendo realizado nas 27 capitais, com resultados preliminares previstos para o final de 2002, e deverá ser repetido em quatro a cinco anos para monitorar resultados das ações em andamento e redefinir estratégias.

O montante de recursos financeiros aplicados pelo Programa nas ações de assistência à gestação, parto e pós-parto, no período de 1998 a 2002, é da ordem de R\$ 19,8 milhões.

## Planejamento familiar

Para estimular a implantação ou implementação das ações de planejamento familiar nos serviços de saúde da rede pública, o Ministério da Saúde retomou a compra centralizada de insumos anticoncepcionais no ano 2000, com a perspectiva de atender no primeiro ano 30% da demanda potencial para anticoncepção no SUS, prevendo-se, para o segundo e o terceiro anos, a ampliação para 60% e 100%, respectivamente.

Foram adquiridas e distribuídas nos meses de outubro de 2000 e abril de 2001, 6,2 milhões de cartelas de pílulas de baixa dosagem, 582,3 mil ampolas de injetável trimestral, 158 mil unidades de DIU e 30 mil unidades de diafragma. Após a distribuição, realizou-se avaliação da utilização dos métodos e uma auditoria em 80 municípios de 10 estados (Alagoas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo).

O resultado da auditoria – executada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) nos meses de abril e maio de 2001 – indicou que, dos 80 municípios auditados, 65 receberam algum tipo de método anticoncepcional enviado pelo Ministério da Saúde (81%). Constatou-se também que em muitos estados os critérios de distribuição dos métodos contraceptivos não levaram em consideração a realidade local.

Diante desses fatos, a aquisição de contraceptivos foi interrompida temporariamente e tais dados foram levados para apreciação da Comissão Intergestores Tripartite que, em março de 2002, aprovou uma nova estratégia apresentada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/SPS, visando o envio de métodos contraceptivos diretamente para as secretarias municipais de saúde, trimestralmente.

Atualmente, todos os municípios que, em março de 2002, estivessem com pelo menos uma equipe de saúde da família ou o termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento aprovado ou ainda pelo menos um médico contratado por meio do Programa de Interiorização da Saúde, estão aptos a receber contraceptivos.

O envio de contraceptivos é feito por meio de dois tipos de “kits”, o básico e o complementar. O kit básico contém anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional oral de progesterona e preservativos masculinos. A quantidade estimada por unidade básica destina-se ao atendimento durante três meses. O número de kits recebido pelo município é igual ao número de unidades básicas ou de equipes de saúde da família, optando-se pelo maior.

O kit complementar contém DIU e anticoncepcional hormonal injetável trimestral e é enviado a todos os municípios aptos pelos critérios descritos acima, mas com população igual ou superior a 50 mil habitantes. A primeira remessa de kits ocorreu em final de julho de 2002 e a seguinte em outubro. Os recursos financeiros aplicados para implementação de ações em planejamento familiar, entre 2000 e 2002, totalizaram R\$ 18,3 milhões.

Para orientar a gerência das ações em planejamento familiar, foi elaborado um manual destinado aos gestores municipais e estaduais.

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (PNCC) foi implantado. A partir dos resultados do projeto piloto Viva Mulher, delineou-se o Programa, em parceria com o Inca, SE e SAS e apoio das sociedades científicas. A implementação nacional do PNCC deu-se a partir da 1ª. Campanha Nacional de Combate ao Câncer de colo do útero, em agosto de 1998. A seguir, passou-se à fase de consolidação das ações de prevenção, detecção precoce e tratamento, na rotina dos serviços, passando a coordenação do Programa ao Inca.

## Violência contra a mulher

A assistência à mulher em situação de violência é outra atividade implementada. A prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual são prioridades do Ministério da Saúde desde 1998.

Foi constituída uma câmara temática de violência doméstica e sexual, com a participação de organizações do movimento de mulheres e especialistas, que definiu as diretrizes políticas e estratégias que orientaram as ações realizadas até o momento. As ações desenvolvidas priorizaram a indução de políticas locais voltadas para a prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra a mulher, por meio de assessoria técnica e financiamento de projetos para implementação de redes integradas e promoção do intercâmbio de informações decorrentes de experiências realizadas em diferentes regiões do país.

Foram produzidos entre 1998 e 2002 documentos normativos para orientação da prática em serviços de saúde e ações comunitárias, entre elas a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2002); o Caderno de Atenção Básica sobre Violência Intrafamiliar dirigido às equipes de saúde da família; a Cartilha sobre Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar (2001), destinada aos 150 mil agentes comunitários de saúde; orientações para profilaxia de DST, HIV e Hepatites Virais Pós-exposição; e Recomendações para Apoio Psicossocial a Vítimas de Violência.

Apoiou-se projetos que beneficiaram 10 estados, entre 1999 e 2001. Os recursos destinaram-se à capacitação de pessoal, produção de materiais educativos e instrucionais, realização de eventos para divulgação dos serviços e organização da rede assistencial. Os recursos aplicados pelo Programa na implementação da assistência à mulher em situação de violência totalizaram R\$ 489 mil.

## Resultados alcançados

A adoção de ações referentes à saúde da mulher trouxe como conseqüência uma melhoria significativa dos índices. O número de consultas pré-natal no SUS passou de 5,4 milhões, em 1997, para 10,1 milhões em 2001, aumentando a média de consultas por mulher de 2,0 para 4,2 nesse período. A taxa de cesárea no SUS declinou de 32,5%, em 1997, para 25,1%, em 2001, tendo obtido maior declínio relativo nos três estados em que elas eram mais altas (MT, MS e GO). Também houve uma redução na taxa de letalidade materna hospitalar no SUS. A taxa diminuiu de 34,8 óbitos em 100 mil internações para 28,6 no mesmo período e, esta mesma taxa, no momento do parto, passou de 32,5 para 24,2 óbitos em 100 mil partos.

Outro dado positivo foi a ampliação do acesso ao planejamento familiar. Atualmente, 4.568 municípios contam com oferta regular de métodos anticoncepcionais, com uma cobertura anual de usuárias estimada em 2,8 milhões de mulheres em 2002. O número de exames citopatológicos também aumentou: passou de 6,8 milhões, em 1997, para 8,6 milhões, em 2001.

O número de Serviços de Referência para Atenção à Mulher em Situação de Violência também apresentou um grande acréscimo. Em 1997, a população feminina contava com 17 serviços de referência. Em junho de 2002, o número chegava a 74 serviços.

No período de 1998 a 2002, a Área Técnica de Saúde da Mulher aplicou recursos financeiros da ordem de R\$39,2 milhões, assim distribuídos: na atenção à maternidade, R\$19,8 milhões; no planejamento familiar, R\$18,4 milhões; em estudos e pesquisas, R\$560 mil; e na assistência à mulher em situação de violência sexual, R\$500 mil.

Ressalvados os grandes avanços obtidos em relação à saúde da mulher, alguns desafios precisam ser enfrentados. Durante os anos 2000 e 2002 foi dada ênfase à criação de mecanismos de gestão no SUS para, de fato, implementar e dar sustentabilidade à assistência à saúde da mulher. Para o próximo período, é fundamental consolidar esses mecanismos e estendê-los para outros problemas ou eventos que afetam a saúde da mulher.

A sociedade civil organizada tem participado, ao longo do período, das discussões de propostas e estratégias de ação para o enfrentamento de problemas. Isso, no entanto, ocorreu fundamentalmente em instâncias formais de participação como a Cismu/CNS (Comissão Interinstitucional da Saúde da Mulher/Conselho Nacional de Saúde), Comissões Assessoras e em fóruns promovidos pela área técnica. As organizações de mulheres atuaram, com o financiamento do MS, na execução de ações como capacitação de conselheiros de saúde, formação de voluntárias para prevenção

do câncer ginecológico, para a capacitação de parteiras e elaboração de material educativo. É necessário ampliar parcerias com organizações desse tipo para mobilizar as mulheres em todas as regiões do país, dotando-os de condições para o auto cuidado e para o controle social. Essas são condições imprescindíveis para a melhoria da situação da saúde da mulher no país.

Outro desafio é ampliar o escopo de problemas a serem enfrentados. Destacam-se a promoção da saúde das mulheres a partir dos 50 anos de idade, o enfrentamento do câncer de mama e a definição mais objetiva de uma estratégia específica para controlar a epidemia de aids na população feminina.

Será necessário implementar, também, nos próximos anos, procedimentos de avaliação do impacto das estratégias, da qualidade da assistência prestada pelos serviços e da satisfação das usuárias. Até o momento, as avaliações das estratégias desenvolvidas focalizavam a implementação de ações e resultados monitoráveis a partir de informações disponíveis nos sistemas do Ministério da Saúde e de estatísticas vitais, uma vez que não há tempo ainda para avaliar indicadores de impacto. É de fundamental importância apoiar a realização de pesquisas operacionais capazes de aferir a qualidade da assistência prestada pelos serviços e a satisfação das usuárias.

## **III. RESULTADOS**

### **D) Implementação e acompanhamento da Política de Alimentação Saudável e Recuperação Nutricional**



## Alimentação Saudável e Recuperação Nutricional

O Programa Alimentação Saudável objetiva reduzir e combater a desnutrição e as carências nutricionais por micronutrientes e promover a alimentação saudável em todas as fases do ciclo de vida. O Programa tem sido gerenciado pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição. Essa área, hoje denominada Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) é responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan).

A Pnan, aprovada e publicada em 1999, estabelece como diretrizes:

- estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
- garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto.
- monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.
- promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A Área Técnica de Alimentação e Nutrição, criada em agosto de 1998, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde, foi responsável pela implantação e gerenciamento do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). Em janeiro de 2000, o ICCN já estava implantado em 87% dos 5.507 municípios, com uma estimativa de 850 mil beneficiários (92% da cobertura máxima prevista). O volume de recursos alocados nesse incentivo foi, em 1999, R\$ 127 milhões e, em 2000, quase R\$ 153 milhões.

No ano 2000, como parte da rede de proteção social do governo federal, o modelo de atendimento foi alterado, passando-se a conceder assistência financeira às famílias de baixa renda. O novo Programa, popularmente chamado de Bolsa-Alimentação, repassa às famílias uma complementação de renda para a melhoria da alimentação. O Bolsa-Alimentação substituirá integralmente o ICCN a partir de 2003.

O Programa foi planejado ao longo de 2001 e lançado em setembro do mesmo ano no município de São José da Tapera (AL). O Bolsa-Alimentação destina-se à promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrízes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses, em risco nutricional e pertencentes a famílias sem renda, ou que tenham renda mensal de até meio salário mínimo *per capita*.

A execução orçamentária destinada ao Programa de Alimentação Saudável aumentou consideravelmente com a implantação do Bolsa-Alimentação. O gasto, em 2000, foi da ordem de R\$ 153 milhões, elevando-se a R\$ 167,5 milhões no ano seguinte. A projeção para 2002 é que sejam alocados R\$ 300 milhões apenas no Bolsa-Alimentação, valor ao qual deve ser acrescido os recursos do ICCN. Na proposta orçamentária para 2003, estão previstos R\$ 365,6 milhões para o Programa, quando se espera alcançar mais de 3,5 milhões de beneficiários.

## Quadro da evolução dos recursos aplicados nas ações do Programa Alimentação Saudável

Ação	1998	1999	2000	2001	2002*	Total
0357 - Bolsa-Alimentação	-	-	-	434.114	300.000.000	300.434.114
0603 - ICCN	36.446.938	127.101.390	152.997.289	167.000.000	167.000.000	650.545.617
4294 - Aquisição de micronutrientes	-	-	950.000	762.634	2.000.000	3.712.634
3890 - Estudos e pesquisas	-	-	1.421.513	1.186.718	3.100.000	5.708.231
39450 - Promoção de eventos	-	-	180.475	220.000	500.000	900.475
<b>TOTAL</b>	<b>36.446.938</b>	<b>127.101.390</b>	<b>155.549.277</b>	<b>169.603.466</b>	<b>472.600.000</b>	<b>961.301.071</b>

\* Projeção

Fonte: CGPAN/SPS e FNS

Em R\$ 1,00

Em relação ao quadro de pessoal, a Área Técnica de Alimentação e Nutrição apresentava, em janeiro de 2000, um grupo composto por cerca de 15 técnicos, essencialmente nutricionistas.

Uma equipe coordenava o planejamento e execução das ações de distribuição de micronutrientes para o combate à anemia ferropriva e hipovitaminose A, as parcerias com as áreas técnicas e programas do Ministério da Saúde com vistas à normatização de ações e comandou a estruturação de seis Centros Colaboradores e 27 Áreas Técnicas Estaduais de Alimentação e Nutrição.

Uma segunda equipe, com atribuições tipicamente gerenciais, era responsável pela qualificação dos municípios ao recebimento dos recursos do ICCN, elaboração de instrumentos de avaliação e monitoramento das ações do Programa Alimentação Saudável. Era de responsabilidade dessa equipe também o desenvolvimento dos sistemas de informação, relações institucionais com os órgãos de controle e atividades de planejamento e orçamentárias.

Mesmo com um quadro de pessoal reduzido, foi possível ministrar capacitação e treinamento em todos os estados. Os técnicos da Coordenação Nacional foram responsáveis pela capacitação de mais de cinco mil profissionais de estados e municípios em 2000. Todos os estados foram visitados pelo menos duas vezes.

Atualmente, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição conta com uma equipe formada por cerca de 60 técnicos, entre servidores e colaboradores. A ampliação dos recursos humanos fez-se necessária em virtude da expansão das atividades e atribuições nos últimos dois anos. Nesse período, houve um aumento expressivo na produção de trabalhos técnicos e científicos, na celebração de convênios e na execução de eventos técnicos. Muito tem sido aplicado também no desenvolvimento dos sistemas de informação, em pesquisas e na modernização das ações do Programa Alimentação Saudável.

## Incentivo financeiro

Cerca de 80% da desnutrição e parte importante dos óbitos infantis ocorrem entre os 20% mais pobres do país. O quadro de morbimortalidade infantil, dominada pelo binômio desnutrição/infecção, exige do Estado medidas para que as famílias tenham condições de adquirir a sua pró-

pria alimentação e de ter acesso às ações e serviços de saúde. Por outro lado, exige-se, hoje, de cada família, a contrapartida de responsabilidade, por meio do cumprimento de uma agenda de compromissos.

Em março de 1998, o Ministério da Saúde criou um incentivo financeiro (ICCN) para o desenvolvimento de ações para o combate à desnutrição. O incentivo é repassado aos municípios brasileiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e como parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB). O Incentivo destinava-se a atender cerca de 920 mil beneficiários em risco nutricional, principalmente crianças de seis a 23 meses de idade, com leite integral e óleo de soja e ações básicas de saúde preventiva.

Apesar do curto período de implementação do ICCN, mudanças significativas foram desencadeadas no quadro nutricional do país, ainda que se conviva com indicadores de desnutrição altos entre a população considerada excluída.

As avaliações demonstraram que era necessário adequar o Programa em relação à área de abrangência, a forma de atuação e a co-responsabilidade dos beneficiários, como forma de aprimorar a política de combate às carências nutricionais e a eficácia da ação governamental. Nessa perspectiva, foi criado o Programa Bolsa-Alimentação, que redirecionou as ações anteriormente desenvolvidas: o atendimento foi estendido a crianças de até seis anos de idade, os recursos são transferidos diretamente à família e há um fomento da atividade econômica local com a injeção de novos recursos nos municípios.

O Programa buscou maximizar o valor do benefício para as famílias, e cada beneficiário é cadastrado para facilitar o monitoramento das ações, além de assumir uma agenda de compromisso estimulando a co-responsabilidade das famílias de baixa renda com o Bolsa-Alimentação. Outra novidade é que foi eliminada a logística de gerenciamento de estoque, tais como armazenamento, controle, distribuição e entrega de leite e óleo. Com o Programa abre-se, ainda, a possibilidade da adoção de ações complementares, como, por exemplo, projetos de geração de renda, capacitação profissional, hortas caseiras e outros.

A adoção do Bolsa-Alimentação contribui para a mudança da lógica de atendimento às famílias, uma vez que vincula a população beneficiada a uma unidade de saúde ou a uma equipe de saúde da família. Por outro lado, permite que famílias carentes tornem-se elementos ativos e participantes na melhoria da qualidade da sua própria alimentação e de sua saúde.

Para que o Programa se tornasse realidade, várias ações foram implementadas, entre elas a contratação de pessoal e treinamento da equipe, a publicação de instrumentos legais necessários à implementação do Programa, a produção de cartazes para divulgação, a elaboração de manuais técnicos para orientar as equipes de saúde e a implantação do Cartão Bolsa-Alimentação. Foi necessário também criar mecanismos, em conjunto com a Caixa Econômica Federal, para o pagamento dos benefícios, além de ter sido desenvolvido um sistema de informação. A proposta foi discutida com órgãos de fiscalização, como o Tribunal de Contas da União, e organismos internacionais, como o Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e o *International Food Policy Research Institute (IFPRI)*, e com vários parceiros da área de alimentação e nutrição. Houve ainda a necessidade de se construir uma articulação com outros programas do governo federal, como o Projeto Alvorada, Comunidade Solidária, Bolsa-Escola, Peti, e Agente Jovem. O Bolsa-Alimentação integra o Programa de Renda Mínima do governo federal.

Em junho de 2001, três consultores do IFPRI iniciaram processo de consultoria com a visita a três municípios-piloto do Programa (Maranguape-CE, Carapicuíba-SP e Itapema-SC). As visitas foram feitas em conjunto com membros da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição/Con-

selho Nacional de Saúde e a equipe da Coordenação Nacional. O IFPRI é uma organização sem fins lucrativos, com reconhecimento mundial em pesquisas sobre políticas alimentares.

O início do Bolsa-Alimentação ocorreu entre julho e agosto de 2001. Nesse período, o Programa foi implantado nos municípios-piloto para que fossem avaliados os mecanismos operacionais e o sistema de informações. Realizou-se o II Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição para apresentação do Programa e de suas rotinas operacionais. Vários seminários para sensibilizar os gestores municipais da importância do Programa e o treinamento das equipes das regionais de saúde dos Estados foram feitos para consolidar o Bolsa-Alimentação.

O Programa foi apresentado para as Comissões Intergestores Bipartite dos Estados e promoveu-se articulação com a Coordenação Nacional dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família para formulação de estratégias de capacitação de multiplicadores. Houve ainda a participação na concepção do Cadastro Único de Beneficiários do Governo Federal.

Na fase de formulação das estratégias de avaliação, uma equipe específica foi criada exclusivamente para este fim. Parcerias com instituições externas (Bid e IFPRI) e internas (SES e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição e Secretarias Estaduais de Saúde) foram estabelecidas para desenhar a metodologia de avaliação, adotada em seguida. Ainda estão em desenvolvimento atividades de monitoramento (supervisão) e avaliação de impacto do Programa. Uma equipe brasileira esteve no México para conhecer a operacionalização e resultados alcançados pelo *Progres*a (Programa de Educação, Saúde e Alimentação), implantado pelo governo mexicano.

O Bolsa-Alimentação foi implantado em todos os estados. Na etapa da implantação, equipes estaduais e municipais foram treinadas, o sistema de acompanhamento às famílias beneficiadas definido e houve a incorporação do Bolsa-Alimentação no Cadastramento Único de Beneficiários do governo federal.

No âmbito da avaliação dos processos, estão sendo elaborados mecanismos que permitam analisar os métodos gerenciais adotados, os serviços prestados e os aspectos de qualidade das ações desenvolvidas.

## Supervisão e avaliação

Em 2002, teve início a supervisão do Programa, principal instrumento utilizado para o monitoramento do Bolsa-Alimentação. Como o Programa tem uma cobertura expressiva em todo o território nacional, busca-se, no momento, redirecionar as ações para a análise de desempenho operacional, por intermédio da supervisão a estados e municípios. Nesse sentido, a equipe técnica responsável pelo processo de implantação integra-se à equipe de supervisão já existente, visando à intensificação desse processo.

Já foram realizadas supervisões em 13 municípios dos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Sul. O processo de avaliação do Bolsa-Alimentação será desenvolvido em três estudos: impacto, focalização e análise de custos. Os estudos de focalização e análise de custos estão em fase de definição metodológica.

O primeiro estudo de impacto está sendo realizado em duas fases. A primeira fase ocorreu de abril a julho de 2002, em quatro municípios que já aderiram ao Bolsa-Alimentação: Teotônio Vilela (AL), Mossoró (RN), Itabuna (BA) e Teixeira de Freitas (BA), com uma amostra de 1.089 famílias. A segunda fase ocorrerá em outubro e novembro de 2002, em quinze municípios integrados ao Progra-

ma: Cajueiro (AL), Rio Largo(AL), Buerarema (BA), Floresta Azul (BA), Jijoca de Jericoacoara (CE), Morrinhos (CE), Solonópole (CE), Viçosa do Ceará (CE), Sumé (PB), Joaquim Pires (PI), Jaçanã (RN), Barra dos Coqueiros (SE), Carirã (SE), Nossa Senhora Aparecida SE), Umbauba (SE).

Algumas etapas do processo de avaliação já foram realizadas. Além da parceria com IFPRI, foram formalizadas outras com a Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec), Departamento de Nutrição/Universidade Federal da Bahia, Departamento de Nutrição/Universidade Federal de Pernambuco, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco e Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (USP).

As atividades de campo já começaram e atualmente estão concluídas as entrevistas domiciliares nos primeiros municípios da amostra selecionada: Teotônio Vilela (AL), Mossoró(RN), Teixeira de Freitas e Itabuna (BA), num total de 1.090 famílias, cujos dados coletados estão sendo digitados para serem analisados. Mais 15 novos municípios serão avaliados. Nessa fase, iniciaram-se os estudos para análise do processo de focalização e dos custos do Programa.

A capacitação dos profissionais de saúde, em particular daqueles que atuam na atenção básica de saúde, constitui-se estratégia fundamental neste processo. Nesse sentido, o MS elaborou estratégias de capacitação dos profissionais dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (Pacs/PSF) e demais profissionais da atenção básica de saúde em conhecimentos sobre alimentação, nutrição e estilos de vida saudáveis.

Entre dezembro 2001 e junho de 2002, foram realizadas oficinas macrorregionais, capacitando-se 280 profissionais nos 27 estados. Esses profissionais são hoje responsáveis pela implementação das demais etapas de capacitação em níveis estadual e local. Vieram agregar um importante reforço à rede composta pelas Áreas Técnicas Estaduais de Alimentação e Nutrição e os Centros Colaboradores. A base da capacitação e conseqüentemente da ação proposta tem na Segurança Alimentar e Nutricional, no Direito Humano a Alimentação e na Promoção da Saúde seus pilares fundamentais.

## Publicações

As informações sobre alimentação saudável são uma estratégia fundamental para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população e, conseqüentemente, melhoria do seu perfil epidemiológico, alimentar e nutricional. Nessa linha, vem sendo efetivada a elaboração de guias alimentares para a população brasileira e para grupos específicos, bem como material instrucional e educativo para profissionais da atenção básica de saúde. Com esse mesmo objetivo, têm sido fortalecidas e concretizadas parcerias com diferentes programas e áreas do MS para que conteúdos de alimentação e nutrição e a vigilância alimentar e nutricional integrem as diferentes ações em saúde.

Publicações informativas diversas foram divulgadas no período de 2000 a 2001. São elas: um *folder* do Bolsa-Alimentação; Caderneta do Beneficiário do Bolsa-Alimentação; Aprendendo sobre Vitamina "A", Ferro e Iodo; Erradicando Deficiência de Iodo, Agora e para Sempre; Prevenção da Anemia Ferropriva e Alimentos Regionais Brasileiros.

Outras publicações do Programa Alimentação Saudável também foram distribuídas: Manejo da Desnutrição Grave; Manejo de Projetos Comunitários de Alimentação e Nutrição; Receitas Saudáveis de Baixo Custo e Guia Alimentar para Crianças menores de dois anos de idade, folheto Como está a sua Alimentação e 10 passos para uma alimentação saudável.

Em 2002, foram publicados, ainda, o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos – Bases Técnicas e Científicas e Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos. Estão em fase de elaboração ou publicação os seguintes documentos: Guia Alimentar para a População Brasileira, Alimentos Regionais Brasileiros, Manual de Orientação Alimentar e Nutricional na Gestação e Puerpério e Manual de Orienta o Alimentar e Nutricional para Filhos de Mulheres Portadoras do HIV.

Na linha de publica es “Cadernos de Aten o Básica”, destinada às equipes de saúde da família, estão sendo elaborados dois números sobre alimenta o e nutri o, com enfoque no direito humano   alimenta o, segurança alimentar e nutricional e promo o da alimenta o saudável no ciclo de vida.

Também consolidou-se o banco de dados sobre alimenta o saudável, disponível para consulta pelo sistema Disque-Saúde. Mais de 80 atendentes foram treinados para fornecer essas informa es. Atualmente esse banco tem uma média mensal de acesso de 500 usuários. A Coordena o Geral promoveu ainda dois encontros nacionais com a presença de todos os coordenadores estaduais, em dezembro de 2000 e em julho de 2001.

O MS repassou recursos para os gestores estaduais, visando   montagem de uma estrutura mínima necessária para o desempenho das fun es relacionadas ao combate às carências nutricionais. Em anos anteriores, o valor fixado era o mesmo para qualquer unidade federativa, porém, a partir de 2001, foram levados em considera o critérios como número de municípios por estado e dimensão territorial para realiza o dos repasses, que podem variar de R\$100 mil a R\$180 mil.

Atualmente, grande parte dos municípios já está inserida no Programa Bolsa-Alimenta o e, até dezembro de 2002, espera-se a qualifica o de quase a totalidade dos demais. A Portaria N  1920/2002 prevê que serão encerrados os repasses referentes ao ICCN a partir de janeiro de 2003.

A Coordena o Geral da Política de Alimenta o e Nutri o mant m uma linha de trabalho em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária para a regulamenta o de medidas que estejam em consonância com as diretrizes e prioridades da Pnan. No campo da alimenta o saudável, foram tomadas várias medidas. Uma delas tornou obrigatória a apresenta o do conteúdo nutricional nos rótulos de todos os alimentos embalados. Regulamentou-se, ainda, a fortifica o com ferro e ácido f lico das farinhas de trigo e milho, e estabeleceram-se mecanismos de acompanhamento da ioda o do sal de cozinha. Para combater a anemia ferropriva e a hipovitaminose A, foi implantada também a política de distribui o de micronutrientes.

## Bolsa Alimenta o e ICCN

No ICCN e no Bolsa Alimenta o, o número de beneficiários a ser atendido em cada município foi estimado por modelos estatísticos de predi o, baseados em dados socioeconômicos e nutricionais. Esses dados foram coletados de pesquisas de base domiciliar, de abrangência nacional. O procedimento garante a eficiência distributiva dos programas, uma vez que os municípios recebem proporcionalmente mais recursos onde a prevalência de risco nutricional   mais alta.

A meta estabelecida para 2001 do Bolsa Alimenta o foi o atendimento de 1.106.889

beneficiários. Até o final de 2002, pretende-se atender, no mínimo, 1.623.000 beneficiários, o que representará a cobertura de cerca de 45,38% do público-alvo.

A expectativa é qualificar todos os 5.561 municípios até o final de 2003. A meta é alcançar 3,562 milhões de beneficiários que estejam em risco nutricional e que pertençam à faixa populacional de renda mensal *per capita* inferior a meio salário mínimo: 2,760 milhões de crianças de seis meses a seis anos de idade e 802 mil gestantes e nutrizes.

O Bolsa-Alimentação tende a ser o carro-chefe do combate à desnutrição no Brasil. O atendimento a 100% do público-alvo do Programa em 2003, certamente, representará um avanço expressivo no combate à desnutrição. Mesmo tendo sido lançado quase no final de 2001, o Programa alcançou 70 municípios nos primeiros três meses. O primeiro momento foi direcionado para a divulgação da proposta, visando despertar o interesse dos gestores municipais para implantação do Programa e difundir junto à população os seus pontos mais importantes. Além desse enfoque inicial, outros fatores apresentaram forte influência. Entre eles, a decisão de gestores locais em aderir ao Programa e a alteração da estratégia governamental ao introduzir o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com vigência a partir de setembro de 2001. A expansão do Programa é um compromisso do governo federal.

De setembro de 2001 a setembro de 2002, foram gastos com folha de pagamento mais de R\$ 58 milhões. Foram pagas Bolsas-Alimentação para cerca de 1.201.876 beneficiários de 3.521 municípios.

### **Evolução mensal do número de municípios qualificados, bolsas pagas e valor da folha de pagamento - Brasil.**

<b>MÊS/ANO</b>	<b>Municípios Qualificados</b>	<b>Total Bolsas Pagas</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Setembro/01	20	2.302	34.530,00
Outubro/01	20	2.302	34.530,00
Novembro/01	26	5.075	76.125,00
Dezembro/01	71	16.532	247.980,00
Janeiro/02	211	52.831	792.465,00
Fevereiro/02	379	86.306	1.294.590,00
Março/02	600	123.435	1.851.525,00
Abril/02	864	187.688	2.815.320,00
Maio/02	1.053	207.937	3.119.055,00
Junho/02	1.506	403.496	6.052.440,00
Julho/02	1.905	578.128	8.671.920,00
Agosto/02	3.032	1.005.058	15.075.870,00
Setembro/02	3.521	1.201.876	18.028.140,00

#### **Cobertura do Programa nas Regiões Brasileiras**

86% dos municípios com adesão (4.763)

63 % dos municípios em pagamento (3.521)

38% de utilização da cota total do Programa.

### Desempenho do Programa Bolsa Alimentação, por região: municípios com adesão e em pagamento, total de bolsas pagas. Setembro/2002

Região	Municípios com adesão		Municípios em pagamento		Bolsas Pagas	
	Nº	% por Região	Nº	% por Região	Nº	% por Região
Centro-Oeste	429	93	312	67	55.236	51
Nordeste	1680	94	1.466	82	790.231	60
Norte	412	92	304	68	119.051	41
Sudeste	1.198	72	730	44	140.587	34
Sul	1044	87	709	60	96771	49
Brasil	4.763	86	3521	63	1.201.876	52

Durante o período que antecedeu a instituição do ICCN, os recursos federais para incentivar o combate à desnutrição eram repassados exclusivamente por meio de convênios celebrados entre o Ministério da Saúde e os municípios. Até 1997, os recursos anuais destinados às ações de combate às carências nutricionais eram da ordem de R\$ 40 milhões. Com a inserção do ICCN no Piso de Atenção Básica foi possível alcançar também os municípios menores e mais distantes. Dessa forma, os recursos destinados a essas ações apresentaram um crescimento vertiginoso.

Para a consolidação do ICCN, a meta de qualificar quatro mil municípios até junho de 1999 e de repassar R\$ 118 milhões aos municípios de janeiro a dezembro do mesmo ano foi superada com segurança. Para os anos seguintes (2000 a 2003), a meta era de atender 4.600 municípios, em 2000; 4.900, em 2.001; 5.200, em 2002, e 5.507, ou 100%, em 2003. Até o final de 2001, todas as metas foram superadas.

Antes do ICCN, 294 municípios mantinham atividades de combate às carências nutricionais. Em 1998, a cobertura abrangeu 3.225 municípios, atingindo 597.725 beneficiários, e, em 1999, houve ampliação para 4.793 municípios, perfazendo um total de 850.013 beneficiários. Em 2000, atingiu-se o atendimento a 871.098 beneficiários em 5.026 municípios. Até dezembro de 2001 foram qualificados 5.127 municípios, com um total estimado da ordem de 880.000 crianças, gestantes e idosos atendidos.

No final de 2001, o ICCN estava presente em 92% dos municípios brasileiros, atendendo 95% do total de 922.536 beneficiários estimados nos estudos preditivos. No período de 1998 a 2001, foram repassados aos municípios cerca de R\$483,5 milhões.

Segundo pesquisa desenvolvida entre maio de 1999 e abril de 2000, por intermédio do Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), na região Nordeste, os municípios do ICCN apresentam taxa de declínio da desnutrição infantil três vezes superior à tendência de queda constatada antes da implantação do Programa. A tendência de queda verificada na média nacional nas últimas décadas é superior a quatro vezes. A taxa de desnutrição deverá ser reduzida ainda mais com a implantação do Bolsa-Alimentação.

Foram realizadas análises das tendências históricas das prevalências de desnutrição e incluídos os municípios que apresentaram coberturas de acompanhamento nutricional da população infantil estáveis e acima de 60% nos últimos 12 meses. Com esse critério de inclusão, cerca de 900 municípios foram analisados.

Observou-se que as tendências de desnutrição são de queda. Na região Nordeste, o declínio da desnutrição, segundo os dados do Siab, foi de 13,6% — em relação às crianças acompanhadas pelo Pacs/PSF nos municípios onde havia o ICCN — e de 7,6% em relação ao total de crianças residentes. Essa taxa é maior do que a tendência de queda que vinha sendo observada na região antes da implantação do Programa, 5% ao ano, e quatro vezes maior do que a tendência de queda, de 2,9% ao ano, verificada na média nacional nas últimas décadas.

Em termos comparativos cabe ressaltar que, em 1990, durante a reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, em Nova York, 158 chefes de Estado pactuaram como meta para queda de desnutrição o índice de 5% ao ano.

A taxa média de recuperação nutricional das crianças assistidas, segundo relatórios semestrais enviados ao MS e visitas padronizadas de supervisão, foi de 31,1% e refere-se a 432 municípios que informaram o grau de recuperação das crianças. Em todos esses municípios o critério de recuperação utilizado foi o peso superar o percentil 10 para a idade.

Com a implantação do ICCN, vários resultados foram alcançados. Houve aumento do percentual de crianças beneficiárias com vacina em dia e de crianças e gestantes com avaliação ponderal em dia. O número de gestantes beneficiárias com vacina antitetânica em dia e o número de consultas pré-natais também aumentaram. Da mesma forma, houve elevação do percentual de responsáveis que comparecem a atividades educativas, de mulheres capazes de responder corretamente sobre aleitamento materno e práticas alimentares saudáveis, além do aumento da qualidade da informação prestada pelas mães.

Para a obtenção dos dados, foram realizadas 2.328 entrevistas a beneficiários, com aplicação de instrumento de avaliação amostral do ICCN. Apenas 2,5% dos beneficiários opinaram que achavam o ICCN regular ou ruim.

## Distribuição de micronutrientes

A distribuição de micronutrientes é extremamente relevante para evitar a anemia ferropriva e a hipovitaminose A. As medidas adotadas para combater as duas doenças, com a distribuição de vitamina A e sulfato ferroso, proporcionaram a redução da faixa de prevalência da anemia ferropriva em gestantes, da taxa de desnutrição infantil, da taxa de sobrepeso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos de idade e da taxa de prevalência da desnutrição e carências nutricionais no idoso.

Em 2000, aconteceram 2.190.995 atendimentos; em 2001, foram 5.615.450 e, para 2002, a previsão é realizar 6.235.000. O planejamento orçamentário de 2003 prevê o atendimento a oito milhões de pessoas. Espera-se atender a cerca de 22 milhões durante a vigência do PPA 2000-2003, o que representa cerca de 53% do público-alvo do Programa.

De 1996 a 1998, houve uma interrupção das ações de combate à hipovitaminose A e à anemia ferropriva, mas em 1999 essas atividades foram retomadas. Foi implementada a reestruturação do esquema de distribuição de megadoses de vitamina “A” para crianças de seis a 59 meses de idade residentes em áreas de risco, e estabelecido o projeto de cooperação com a Opas para a doação de cápsulas de vitamina “A”. A normalização da distribuição de megadoses de vitamina “A” às puérperas no pós-parto imediato e a distribuição de material informativo sobre deficiências por micronutrientes para 50 mil agentes comunitários foram algumas das ações realizadas. Houve também a inclusão de módulo específico sobre micronutrientes na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 2001, com vistas a se dispor, pela primeira vez no país, do mapeamento nacional dessa deficiência.

Em 1998 e 1999, foram distribuídas, no Nordeste e no Vale do Jequitinhonha, cerca de oito milhões de megadoses de vitamina A. Em 1999, as coberturas médias alcançadas foram próximas às mais elevadas conseguidas anteriormente: 55,56%, para crianças de seis a 59 meses de idade na região Nordeste, e de 47,48% para as dos municípios do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais.

A meta do Programa no combate à Hipovitaminose A é atingir a cobertura de 80% das crianças dessas regiões, até o ano de 2003.

Foi estabelecido o “Compromisso Social para Redução da Anemia por Carência de Ferro no Brasil”. A meta é reduzir em 1/3, até 2003, a anemia ferropriva em pré-escolares e escolares. Os signatários são órgãos governamentais, movimentos de defesa do consumidor e pela segurança alimentar e nutricional, associações da indústria de alimentos, instituições acadêmicas e de pesquisa e organismos internacionais.

Mais de dois milhões de frascos de sulfato ferroso foram distribuídos para o Nordeste em 1999 e 2000. Em 1999, essa atividade concentrou-se nos 512 municípios nordestinos participantes do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil. Mais de 300 mil crianças desses municípios foram atendidas por intermédio do trabalho dos agentes comunitários de saúde que foram fundamentais na distribuição deste suplemento às famílias. Em 2001, foram distribuídos 219.250 frascos de sulfato ferroso para as crianças residentes nos municípios da região da seca. Como ação mais sustentada e duradoura, foi estabelecida a obrigatoriedade de fortificação com ferro de toda a farinha de trigo e milho produzidos no país, o que permite cobrir, no mínimo, 30% da ingestão diária recomendada.

Já existem no país 10 produtos populares à base de milho, fortificados com ferro, com boa aceitação pelo público infantil. Duas das seis principais marcas de farinha de milho em flocos estão fortificadas com ferro e sendo comercializadas.

O Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Nordeste, juntamente com as coordenações estaduais de alimentação e nutrição dos nove estados da Região, analisou dados em relação à anemia e médias de hemoglobina em gestantes por estados do Nordeste, chegando à taxa de 23,6%. O estudo demonstra que a meta prevista no PPA (20%) será atingida, podendo mesmo ser superada.

Deve-se ressaltar que houve a inclusão de módulo específico sobre micronutrientes na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição 2001 e pela primeira vez será feito o mapeamento nacional dessa deficiência.

A expectativa do MS é de superação da meta proposta para a taxa de prevalência de anemia ferropriva em gestantes. Em relação à taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos de idade e à taxa de prevalência da desnutrição de carências nutricionais no idoso, é importante a divulgação de informações pelos agentes comunitários de saúde em relação à alimentação saudável. Apesar de não haver uma mensuração atualizada a respeito desses índices, espera-se a superação das metas previstas no PPA.

A carência de iodo foi virtualmente controlada no país. A prevalência do bócio na área central do Brasil, onde existe o maior risco para a doença, foi estimada em 1,4% valor bem abaixo do índice que a OMS considera aceitável, que é de 5%. Houve marcante melhora quando comparada à situação de 1995.

Em alguns municípios, no entanto, a prevalência do bócio em escolares superava 10% como nos casos de Jequitinhonha (MG), com 10%, e São Raimundo das Mangabeiras (MA), com 19%. No final do ano 2000, essas prevalências foram estimadas em 0% e 1,2%, respectivamente.

Os avanços se devem à implantação do Programa de Iodação Universal do Sal e o recrudescimento das ações de fiscalização e inspeção sanitária.

## Estudos e pesquisas

Antes de 2000, o Programa Alimentação Saudável não previa uma ação específica para a realização de estudos e apoio a estratégias que possibilitem uma implementação adequada das diversas ações concernentes à alimentação e nutrição. No PPA 2000-2003, está prevista a realização de 80 estudos e pesquisas sobre recuperação nutricional e alimentação saudável. Em 2000, foram realizados 22 estudos e pesquisas; em 2001, 22. Pretende-se realizar 33 estudos em 2002.

Um conjunto de ações, de responsabilidade da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, foi iniciado para a promoção da alimentação saudável da população brasileira. Essas ações, ao mesmo tempo em que facilitam o controle das doenças crônico-degenerativas, como obesidade e hipertensão, e seus fatores de risco, também contribuem para a melhoria do estado nutricional da população de idosos. O recurso destinado à realização de publicações é essencial para a realização de um dos objetivos primordiais do Programa Alimentação Saudável: a divulgação de informações para enfatizar e promover hábitos alimentares saudáveis na população brasileira.

## Realização de eventos

A partir de 2000, também foi traçada uma ação específica que objetivava a promoção de eventos técnicos. O PPA 2000-2003, prevê a realização de 312 eventos técnicos. Em 2000, foram realizados 77 eventos; em 2001, 78 eventos. Em 2002, estão previstos 78 eventos. A meta deverá ser superada com a realização de cerca de 353 eventos. A proposta para 2003 é a promoção de 120 eventos, tendo em vista a expansão e consolidação do Bolsa-Alimentação, finalização do ICCN, ênfase no combate à hipovitaminose A e à anemia ferropriva.

Serão desenvolvidas também atividades relativas à divulgação de informações sobre alimentação saudável, especialmente no combate à obesidade, normas e diretrizes do Bolsa Alimentação, e divulgação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Pretende-se enfatizar a capacitação de gestores estaduais e municipais no conteúdo programático do Bolsa Alimentação, assim como divulgação da nova concepção do sistema de informações gerenciais do Bolsa Alimentação/Sisvan.

## Desafios e perspectivas

A realização de estudos referentes à focalização do Bolsa Alimentação e a análise de custos do Programa são alguns dos desafios que estão colocados. Além disso, é fundamental ampliar a capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família e demais profissionais da atenção básica de saúde em conteúdos específicos na área de alimentação e nutrição. Essas ações ampliarão as possibilidades da geração de condições sustentáveis de segurança alimentar em nível local.

É importante assinalar a necessidade de finalizar a implantação do Programa em todos os municípios do Brasil. O Sistema de Informações do Programa Bolsa Alimentação (Sisvan/SBA) está sendo implantado em todos os municípios, gradativamente, à medida que os gestores assinarem a Carta de Adesão, o que permitirá o monitoramento e a avaliação quanto à eficácia dos recursos federais transferidos para o combate à desnutrição. Foram enviados para os municípios cerca de três mil CDs com esse aplicativo.

Está em fase de construção o instrumental que permitirá a avaliação dos principais resultados, intencionais ou não, do Programa Bolsa Alimentação nos vários aspectos do bem-estar familiar relacionados com a nutrição e desnutrição, assim como identificar e medir indicadores de efeitos de crescimento na economia local.

O Programa Bolsa Alimentação direciona a sua atuação para as ações consideradas prioritárias e estratégicas, como, por exemplo, completar o processo de sua implantação na totalidade dos municípios e expandir o quantitativo de beneficiários em cada cidade, visando a utilização plena da cota de bolsas disponíveis. O Programa tem como meta concentrar esforços para a implantação do sistema de acompanhamento dos beneficiários e capacitar os estados para desenvolver ações de supervisão aos municípios.

Outras ações que são consideradas prioritárias dizem respeito à supervisão de estados e municípios para ajustar os processos operativos em desenvolvimento e à continuidade do processo de avaliação de impacto do Programa Bolsa Alimentação.

Pretende-se, ainda, dar continuidade e aprofundar a organização da rede nacional em alimentação e nutrição. Essa rede, atualmente composta pelas áreas estaduais de alimentação e nutrição e centros colaboradores, deverá ser gradativamente ampliada a partir da institucionalização das ações de alimentação e nutrição nos municípios. Tal institucionalização, traduzida em diferentes formas a partir das realidades locais, é decorrência natural da ampliação da agenda de ações. É ainda prioritária a informatização do Sisvan, ferramenta de localização dos beneficiários e instrumento de acompanhamento e avaliação. Seu uso se dá do nível local ao nacional.

A conjugação de esforços relacionados à estratégia de capacitação, implantação do Sisvan e ampliação da inserção de ações de alimentação e nutrição nos diferentes programas deverá se traduzir na promoção plena da segurança alimentar e nutricional em nível local. Com isso, espera-se que os municípios brasileiros desenvolvam projetos voltados para melhoria da alimentação e nutrição de suas populações. Tais projetos não devem se limitar à esfera da saúde, mas também alcançar escolas de modo a proporcionar uma alimentação mais saudável aos alunos que utilizam as lanchonetes e cantinas escolares, difundir hábitos e conhecimentos adequados sobre temas correlatos à saúde, especialmente de atividade física e alimentação. Os municípios devem, ainda, dar ênfase aos projetos que visem à prevenção e redução da obesidade, diabetes e hipertensão nas populações jovens e adultas.

## **III. RESULTADOS**

### **E) Promoção da Saúde**



## Promoção da Saúde

Um dos maiores desafios para o setor saúde no Brasil é fazer com que a busca de uma vida mais saudável seja incorporada e possível no cotidiano de todos. Promover saúde é melhorar as condições de vida das pessoas, é procurar tanto aumentar os fatores de proteção quanto reduzir os riscos que certos estilos de vida impõem. E o Brasil tem alcançado vitórias.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou o Projeto de Promoção da Saúde que, entre outras atividades, tem o objetivo de formular a Política Nacional de Promoção da Saúde, juntamente com os gestores das esferas estaduais e municipais de saúde, profissionais do SUS e sociedade civil. O resultado dessa iniciativa é a elaboração de documento preliminar da Política de Promoção da Saúde que será colocado em discussão em fóruns amplos, a fim de que possa incorporar as propostas do conjunto da sociedade brasileira para a promoção da saúde.

Está sendo executada a Linha de Base da Promoção da Saúde, projeto de pesquisa que tem como objetivo conhecer a realidade da promoção da saúde no Brasil, a partir da percepção dos gestores do SUS. A realização, em novembro de 2002, da III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde, e, dentro dela, o II Fórum Brasileiro de Promoção da Saúde e o Curso de Investimento em Saúde, também compõem o conjunto de ações desenvolvidas para sensibilizar a comunidade acadêmica e de profissionais e gestores do SUS para a necessidade de incorporação da perspectiva da promoção da saúde na agenda política do setor.

O país dispõe de programas de promoção da saúde que são exemplos mundiais para a prevenção e controle da aids e para o incentivo ao aleitamento materno. A estratégia de ações integradas de orientação, comunicação social e atenção à saúde, com ampla participação da sociedade e atuação nos âmbitos político, legislativo e econômico contribuiu sem dúvida para o sucesso desses programas. Essa integração de ações em várias dimensões concretizou a premissa de que deter o crescimento e diminuir a morbimortalidade não são responsabilidade única do setor saúde, mas sim de todos.

São vários os exemplos de ações que envolvem parcerias efetivas com a sociedade brasileira, mostrando que promover e produzir saúde requer ir além das fronteiras e limites do setor saúde. Um deles é o código brasileiro para comercialização de alimentos infantis, um dos mais avançados do mundo, que foi pactuado com a indústria de alimentos. É necessário assegurar investimentos na construção de uma consciência sanitária e na elaboração e implementação de uma agenda nacional de promoção da saúde, resultante da participação popular e decisões políticas convergentes.

As linhas de ação do Ministério da Saúde são as bases dessa agenda. Uma delas integra de forma indissociável a prática da atividade física e o incentivo à alimentação saudável. Nesse sentido, destaca-se o Programa Agita Brasil, já implantado em todo o país, que teve como referência os resultados alcançados pelo similar Agita São Paulo, desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs).

O objetivo do Agita Brasil é aumentar o nível de atividade física da população, utilizando a metodologia do estímulo de atitudes positivas dos indivíduos em relação a sua própria saúde. O Agita Brasil consiste em incentivar a realização de 30 minutos de atividade física, regular e diariamente, nos espaços disponíveis, seja no trabalho, na escola, em casa ou nos serviços de saúde. O Programa conseguiu chegar a todos os municípios com mais de 100 mil habitantes e vem mobilizando as comunidades pela conscientização da importância da atividade física para a manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Essa é uma das iniciativas do Ministério da Saúde para incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, como fator de proteção à saúde. A proposta básica é elevar o nível de atividade física de cada pessoa, estimulando indivíduos sedentários a serem um pouco ativos; indivíduos pouco ativos a se tornarem regularmente ativos; indivíduos regularmente ativos passarem a ser muito ativos; e, indivíduos muito ativos, a manterem este nível de atividade física.

Trabalhadores, escolares (crianças e adolescentes), idosos e pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas são focos prioritários nesse programa. Várias estratégias para sensibilização da população foram criadas: planejamento e execução de megaeventos, a exemplo da “Semana da Caminhada” ou “Semana da Atividade Física”, que envolvem ações de lazer comunitário; a elaboração de material de divulgação como cartazes, *folders*, marcadores de páginas, imãs de geladeira, pirâmides e cartões postais, com distribuição em escolas, hospitais, supermercados, entre outros; e o patrocínio de eventos científicos que enfocam a questão da atividade física e qualidade de vida.

Para o desenvolvimento das atividades do Agita Brasil, realizaram-se 25 oficinas nas quais foram capacitados 2.215 multiplicadores. A equipe do Agita Brasil participou, ainda, de 14 congressos e ou simpósios para divulgar o projeto. A atividade física também foi tema do Dia Mundial da Saúde, cujas ações mobilizaram, em 7 de abril de 2002, atingiram 814 municípios brasileiros.

Outro programa do Ministério da Saúde, o “Projeto Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis”, tem como objetivo implantar ações de promoção da saúde no âmbito da gestão municipal do SUS, estimulando o desenvolvimento de fatores protetores à saúde, tais como: alimentação saudável, atividade física, ambiente livre de tabaco e relações interpessoais saudáveis. O projeto começou a ser implantado em municípios com população acima de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, em setembro de 2002, e desenvolve-se em quatro fases: sensibilização e mobilização de gestores, gerentes e parceiros; capacitação de multiplicadores em cada estado, mediante cursos, oficinas e ciclos de palestras para implantação/implementação do projeto em seus respectivos estados e municípios; e avaliação. A expectativa é que em dezembro de 2003 as ações de promoção de saúde estejam implementadas no âmbito do SUS.

A implantação de medidas legislativas é também um dos importantes instrumentos da promoção da saúde. Tais medidas estão sendo estudadas colocando-se a saúde pública à frente dos interesses comerciais e dando destaque para a formação dos hábitos saudáveis ainda na infância. Como exemplo, pode ser citada a regulamentação das propagandas de alimentos dirigidas ao público infantil. Além dessas normas de âmbito nacional, o Ministério da Saúde está apoiando municípios interessados na discussão, estudo e proposição de medidas legislativas que possam ser estabelecidas no contexto municipal. O potencial dessas políticas públicas e legislação específica está comprovado na promulgação das recentes leis municipais de regulamentação dos alimentos vendidos nas cantinas escolares.

Entretanto, não basta atuar sobre a legislação nacional, uma vez que medidas de defesa da saúde podem ser contestadas por outros países se consideradas como interferência no comércio internacional. É o caso, por exemplo, da regulamentação brasileira tornando obrigatório que todos os alimentos embalados apresentem a sua composição nutricional. Conhecer o conteúdo nutricional dos alimentos é um direito do consumidor e ferramenta fundamental para aqueles que desejam uma alimentação balanceada. Essa medida foi estendida aos produtos importados, vendidos nos supermercados brasileiros, o que deu origem a contestações de países e *lobbies* que privilegiam os interesses do comércio. Assim, o Ministério da Saúde vem atuando nos diversos espaços e foros internacionais (reuniões do *Codex Alimentarius*, OMC, OMS) que regulamentam todos os produtos - medicamentos, alimentos, saneantes, cosméticos - para garantir que a saúde pública tenha sempre precedência sobre quaisquer outros interesses.

## Informação e capacitação

Uma ação considerada fundamental para a promoção da saúde é informar o público. O Ministério da Saúde tem investido de forma crescente na disseminação de informações técnicas que traduzam o conhecimento da ciência mais atual para toda a população. Nesse sentido, lançou um teste auto-aplicável – “Os 10 passos para a alimentação saudável” – que permite a todos os interessados avaliarem a sua própria alimentação e estabelecerem metas para melhorá-la. Foi também lançado, para distribuição a todas as equipes de saúde da família, um material ilustrado apresentando os Alimentos Regionais Brasileiros. O objetivo dessa publicação é o resgate da cultura alimentar brasileira, com frutas e verduras nativas, de baixo custo e ricas em nutrientes, que vêm sendo abandonadas.

Outra linha de ação para a promoção da saúde é a capacitação dos profissionais que atuam junto à população. Esses profissionais precisam ser capacitados para que forneçam informações relevantes, atualizadas e passíveis de serem seguidas. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e professores devem ser agentes da promoção da saúde, fomentando a adesão a comportamentos saudáveis, respeitando a cultura e o momento da vida de cada um. Nesse sentido, realizou-se, durante o ano de 2002, oficinas macrorregionais de capacitação em alimentação e nutrição para profissionais da atenção básica, com forte ênfase na indissociabilidade das mensagens de promoção de alimentação adequada, atividade física e combate ao tabagismo para a promoção da saúde. Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e Direito Humano à Alimentação Adequada foram os principais temas cobertos.

Essa capacitação estratégica foi concebida para ser executada em diferentes etapas, sob a responsabilidade de cada um dos níveis de governo. No período de dezembro de 2001 a junho de 2002, foram realizadas oito oficinas macrorregionais, cobrindo todos os estados brasileiros. No total, foram capacitados 280 técnicos – que terão o papel de multiplicadores, repassando as informações para todos os municípios brasileiros –, coordenadores dos Programas de Saúde na Família e de Agentes Comunitários de Saúde, dos Pólos de Capacitação destes Programas, do Projeto Alvorada, das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, das Coordenações Estaduais da Mulher e da Criança, das Escolas de Nutrição, dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, organizações da sociedade civil e os Conselhos Estaduais de Saúde. Até setembro de 2002, 21 dos 27 Estados já haviam elaborado e iniciado a implantação de Planos Estaduais de Capacitação para o repasse do processo, metodologia e conteúdo de formação de recursos humanos para a promoção da saúde às regionais de saúde dos estados e dos municípios.

A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, como já referido, mas deve ser por ele coordenada e executada. Assim, o Ministério da Saúde assume tal responsabilidade, procurando fazer com que a luta pela defesa da saúde ganhe novos significados; que não dependa apenas de tecnologias e conhecimentos sofisticados, mas, e principalmente, dos estilos de vida prevalentes. Nesse sentido, uma série de iniciativas tem sido tomada para um maior envolvimento dos municípios nessa jornada. A instituição do Prêmio Nacional “Experiências Inovadoras em Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus” é um exemplo. Esse prêmio contempla municípios que tenham desenvolvido as três melhores experiências, em conformidade com critérios estabelecidos. O objetivo desse projeto é identificar e avaliar ações inovadoras propostas e implementadas no nível municipal para a promoção da saúde, prevenção e controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, bem como divulgar as experiências bem sucedidas.

## Programas desenvolvidos

Vale registrar a implantação do Programa de Prevenção ao Suicídio, em parceria com as secretarias de saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV) em todo o país e o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, “Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde”, que visa implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, por meio da mobilização do setor saúde, de prefeituras e sociedade civil organizada. O objetivo do programa é promover mudanças de atitudes, hábitos e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito, visando a redução da morbimortalidade por acidentes e melhoria da informação a eles relacionados.

O projeto propõe como eixos operacionais: a) capacitar equipes de profissionais de saúde e do trânsito para garantir a qualidade das informações; e, b) mobilizar a sociedade para atitudes positivas em relação às medidas preventivas no trânsito, mediante capacitação de representantes de sindicatos de empregadores e condutores de veículos, profissionais da mídia e representantes da sociedade civil que atuarão como multiplicadores de informações e de medidas sobre prevenção de acidentes. A primeira fase do projeto ocorreu em 84 municípios de 14 estados, compreendendo uma população aproximada de 46,7 milhões de habitantes. Esses municípios foram selecionados com base nos seguintes critérios: (i) número absoluto de óbitos por acidentes de trânsito; (ii) coeficiente de mortalidade por estes acidentes; e (iii) mortalidade proporcional por acidentes de trânsito.

Em 1998, ano de implantação do novo Código de Trânsito Brasileiro, houve redução de 1,6 % no total de óbitos decorrentes de causas externas e redução de 13,31% do número de óbitos por acidentes de trânsito. Contribuíram para esse resultado as campanhas educativas voltadas para a redução de acidentes de trânsito, desenvolvidas em conjunto com os Ministérios da Justiça e dos Transportes.

A análise da execução das ações e atividades desenvolvidas apresentou resultados bastante positivos. Foram veiculados vídeos comunitários e educativos pelo Canal Futura e pela TV Escola em todos os estados, os temas relacionados à saúde foram disseminados nas escolas e foram desenvolvidos projetos especiais para a promoção da qualidade de vida.

Além disso, parceria com o Programa Salto para o Futuro, da TV Educativa Fundação Roquete Pinto, viabilizou a produção de cinco programas, no contexto do programa de educação a distância Salto para o Futuro. Entre eles, destacam-se os seguintes temas: “As Interfaces Saúde e Educação”, “Escola Promotora de Saúde” e “Ações de Promoção da Saúde na Escola”. Os programas foram veiculados na última semana de setembro de 2002.

A parceria com o setor de educação fortaleceu-se ainda mediante a assinatura da Portaria N.º 766, de 17 de maio de 2002, cujo objetivo é a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação para os temas transversais Saúde e Orientação Sexual. Por meio dessa iniciativa, busca-se a disseminação dos Referenciais Nacionais para a Promoção da Saúde e Escolas Promotoras de Saúde e, conseqüentemente, a construção de uma cultura da saúde. O Programa Parâmetros Curriculares em Ação conta com uma Rede Nacional de Formadores composta de 167 consultores contratados, que atuam nos 301 pólos de formação já constituídos. Mais de 2,7 mil municípios já aderiram ao Programa, que conta com 20.815 coordenadores de grupos e 384.109 professores potenciais participantes.

A construção e sedimentação de parcerias comprometidas com a promoção da saúde, bem como a visibilidade que a promoção da saúde vem alcançando, inclusive com a participação de segmentos importantes da sociedade brasileira, devem ser consideradas uma conquista importante para a consolidação de ações e atividades de promoção de saúde no âmbito de escolas públicas, das comunidades e do SUS.

## **III. RESULTADOS**

**F) Formulação, apoio e acompanhamento de políticas de recursos humanos**



## Recursos Humanos

As questões inerentes à construção da política de recursos humanos envolvem dois sistemas fundamentais: de um lado, as questões relacionadas à produção de recursos humanos, como a formação e a preparação para o trabalho e, de outro, as questões relativas à utilização de recursos humanos, como a gestão do trabalho. Um componente importante desse conjunto refere-se a como as profissões de saúde se organizam, quais são as regras que as orientam, bem como a delimitam e garantem campos de prática umas profissões frente às outras e seus espaços dentro do mercado de trabalho. Ou seja, o subsistema de regulação das profissões.

É sobre esses dois campos de intervenção, e suas necessárias inter-relações, que devem ser construídas as políticas de RH para a saúde. Conformando e intermediando a definição e a implementação da política para esses dois grandes campos, é importante considerar a ação regulatória e a função de planejamento como integrantes fundamentais desse processo.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção dessa Política estão expressas no Artigo 200, inciso III, da Constituição Federal que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. Na seqüência, a Lei Nº 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas de governo para a formalização e execução da política de recursos humanos. Outras referências, ainda, regulam esse ordenamento: (i) Emenda Constitucional N.º 19, artigo 39, que prevê a instituição de um Comitê, no âmbito dos três níveis de governo, para dispor sobre critérios para fixação de padrões de vencimento e obrigatoriedade dos entes federados em manter escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público; (ii) a Lei Nº 8.142/90 que institui a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

A conjuntura que perpassa o processo de consolidação do SUS representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de recursos humanos. O desafio contínuo de garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população encontra-se atualmente orientado por três grandes movimentos. Em primeiro lugar, desenvolve-se um processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS: um reordenamento importante das funções gerenciais, das funções regulatórias e das funções de prestação de serviços do Sistema. Trata-se da redefinição e da busca por uma maior capacidade regulatória e gestora do Sistema e de seus componentes institucionais: eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.

No âmbito federal, constituem-se as agências reguladoras: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar e a reestruturação organizacional do MS. No âmbito estadual, há a redefinição do papel das Secretarias Estaduais de Saúde em sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo cada vez mais seu papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, em detrimento da função executora na prestação de serviços. Já no âmbito municipal, ocorre a expressiva expansão da função executora, associada à busca de novas modalidades gerenciais: fundações, autarquias, Organizações Sociais e relações de parcerias como Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) e entidades filantrópicas, mais ágeis do que aquelas determinadas pelos serviços próprios.

Um segundo movimento, complementar ao anterior, é o processo de regionalização pactuada

da assistência à saúde, visando garantir racionalidade ao Sistema, com ênfase nos componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas na transferência de responsabilidades para o nível municipal.

O terceiro movimento é a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação da atenção básica e do modelo de atenção à saúde no país, mediante a valorização do vínculo e do compromisso entre equipe de saúde, indivíduos e comunidade.

Ao romper com a fragmentação da atenção pelos diferentes agentes do trabalho, criam-se áreas de atuação comuns, que são caracterizadas pela complementaridade de competências e compartilhamento de responsabilidades pelos profissionais. Assim, amplia-se o escopo de atuação que cria uma necessidade de redefinição de competências, exigindo a intervenção governamental de âmbito nacional e do nível local, na medida em que essas áreas cinzentas também estão relacionadas com as diferentes realidades do país e, portanto, necessitam de negociações locais, de pactos, em conjunturas diferenciadas, pactos estes que tenham como referência às necessidades da população.

Esses elementos aparecem como condicionantes fundamentais das questões atuais de recursos humanos para a saúde e colocam demandas específicas, tanto para as ações de preparação, quanto de gestão do trabalho e de regulação de RH. A visualização e a análise desses três grandes movimentos atuais do Sistema evidenciam os parâmetros que conformam o cenário para o qual deve ser proposta a política de recursos humanos.

Nesse contexto, a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (GPRH) dirigiu a sua atuação para a viabilização de projetos/processos que institucionalizam o papel do gestor federal diante dos novos desafios do SUS. Essas intervenções, além de buscarem o acúmulo da capacidade gerencial do sistema, também promovem a produção e qualidade dos recursos humanos em saúde.

Cabe salientar o papel articulador dessa área inter e intra-setorialmente, junto a outros órgãos do governo federal e dentro do próprio Ministério da Saúde. No campo intersetorial, ressalte-se, pela sua importância, a articulação estabelecida com o Ministério da Educação para desenvolvimento do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as escolas médicas, para definição das novas diretrizes curriculares de cursos da área da saúde, para o estabelecimento de uma política de formação de especialistas na área médica, mais de acordo com as necessidades do SUS. E, ainda, a articulação feita com o CNPq para desenvolvimento do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. No campo intra-setorial, a CGPRH deu apoio a várias áreas técnicas da Secretaria de Políticas de Saúde para o desenvolvimento de processos de capacitação.

## Redes de integração profissional em saúde

Em parceria com a Opas/OMS, foi proposta a criação de uma rede que integrasse os organismos de formação profissional em saúde do SUS em um espaço no qual os atores pudessem criar alianças e compromissos de parceria de forma articulada. Também foram decisivos para a implantação dessa rede a existência de 26 Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde do SUS, distribuídos pelo território nacional, e um diagnóstico realizado pelo Projeto Escola de Nível Médio, que apontava a necessidade de ampliação de canais de comunicação dessas escolas, funcionando de maneira contínua e rotineira, constituindo-se em um ponto de apoio à implementação de políticas de recursos humanos voltadas para o nível médio em saúde.

Instituída mediante a Portaria N.º 1.298/2000, a Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS (RET/SUS) tem como principal objetivo o fortalecimento da formação dos trabalhadores de nível

médio para a área de saúde, visando ainda o compartilhamento de informações e conhecimentos, a busca de soluções para problemas de interesse comum, a difusão de metodologias e de outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica e a articulação das instituições formadoras de nível médio em saúde com o propósito de ampliar a capacidade de atuação dessas instituições, em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.

A RET/SUS conta com uma Comissão Geral de Coordenação e uma Secretaria Técnica. A Comissão Geral de Coordenação é responsável pela condução político-administrativa da Rede e é constituída por representantes da CGPRH, Profae,/SGI/MS, Conass, Conasems, Opas/Representação do Brasil e das Escolas e Centros Formadores integrantes da Rede. A CGPRH preside a Comissão Geral de Coordenação da RET/SUS; a Secretaria de Gestão de Investimentos e a Secretaria de Políticas de Saúde são responsáveis pelos recursos técnicos e financeiros necessários à execução do Plano Anual de Trabalho da Rede. A Opas representação do Brasil faz parte de uma cooperação técnica com a Rede.

Como resultado da instituição da rede foi criado o *site* – <http://www.fiocruz.br/epsjv/retsus.>; o *Boletim Elos*, que é uma publicação trimestral de um boletim temático que traz para o debate questões suscitadas no interior da Rede, sobre formação de pessoal de nível técnico; e o Informe RET/SUS, que é um informativo mensal com o objetivo de retratar os acontecimentos, avanços, conquistas, dificuldades e perspectivas relacionadas a todos os Centros Formadores e Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

## Programas e projetos

Outra iniciativa da CGPRH em apoio às áreas técnicas da Secretaria de Políticas de Saúde foi a implementação do Programa de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, tendo como objetivo implementar um processo contínuo de educação para os profissionais da rede básica de saúde do SUS, nos municípios com população acima de 100 mil habitantes, visando capacitar e atualizar continuamente esses profissionais na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desses agravos. O programa tem como parceiros as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Diabetes e Nefrologia e compreende duas etapas operacionais: a primeira refere-se ao momento presencial e a segunda ao momento de educação a distância.

Outras atividades desenvolvidas em parceria com as áreas da SPS referem-se à assessoria na elaboração da capacitação do “Projeto Nascer” para multiplicadores e equipes de maternidades, que tem por objetivo capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas neste projeto para a implementação das ações preconizadas no documento de consenso: “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral para gestantes”, da DST/aids, nas rotinas dos serviços, para redução da transmissão vertical do HIV no parto e pós-parto e controle da sífilis congênita, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido.

Da mesma forma, também foi prestada assessoria na elaboração do Curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família, visando a aproximação dos profissionais da estratégia saúde da família — no momento de sua inserção — aos princípios da ESF, na perspectiva da organização do processo de trabalho na UBS/USF.

No campo da gestão para o trabalho em saúde, tem sido implementado o Projeto de Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde, o Projeto Gerus, que se caracteriza como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de Unidades Básicas de Saúde, com

o objetivo de promover o desenvolvimento institucional e, conseqüentemente, aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde. A clientela constitui-se de profissionais de nível superior que ocupam a função de gerência de UBS.

A proposta de capacitação do Projeto Gerus deve ser entendida como um instrumento para impulsionar o processo de (re)organização dos serviços, integrante de um conjunto de medidas cujo ponto comum é ter, na sua origem, a decisão política de oferecer atendimento às necessidades de saúde de forma universal, equânime e de boa qualidade.

Inúmeros avanços ocorreram no sentido de consolidação do SUS, mas certamente os limites e os pontos de estrangulamento se fazem presentes. Um desses avanços, sem dúvida, é o processo de descentralização, desencadeado nas últimas décadas, levando o município ao papel de responsável pela gestão de serviços públicos, fortalecendo o processo de municipalização.

A necessidade de melhoria da qualidade e produtividade dos serviços trouxe à tona a importância da função gerencial nos níveis locais, numa aproximação à flexibilização administrativa e à desconcentração de poder, até então restritas aos níveis centrais dos órgãos.

O planejamento em saúde, ainda que incipiente, começa a ter uma inserção nas administrações públicas como instrumento de gerência, na medida em que a demanda social por melhores serviços tem sido uma constante reivindicação da população e uma tônica do setor. Para o enfrentamento dos pontos de estrangulamento, das mudanças organizacionais e da complexidade crescente das necessidades em saúde, surgem alguns projetos estratégicos, visando ao fortalecimento dos serviços de saúde, entre eles o Projeto Gerus.

O Gerus induziu o processo de discussão sobre a mudança da prática gerencial e, em conseqüência, da condução do processo de trabalho nas UBSs, à condição de problemática fundamental, que diz respeito à forma como os serviços de saúde municipais são organizados e ofertados à população, desencadeando o estabelecimento de parcerias entre gestores das três esferas político-administrativas do SUS, Universidades e Opas e instituindo um processo permanente de negociações e de parcerias em nível local, considerando as especificidades das relações político-institucionais, objetivando facilitar a condução do Projeto e envolvimento das instâncias colegiadas de secretários municipais e estaduais de Saúde, Cosems, Conasems e Conass.

O projeto atingiu nas etapas de sensibilização, implantação ou ampliação, de 1994 até setembro de 2002, em torno de 120 municípios da região Sudeste, 50 da região Centro-Oeste, 30 da região Nordeste, 30 da região Norte e 20 da região Sul, totalizando 250 municípios partícipes e 21 estados. O número de profissionais capacitados gira em torno de 2.800 (800 monitores/2000 gerentes de UBS).

A implantação do Projeto Gerus é precedida por uma discussão local e, para tanto, se constitui um grupo de condução do projeto, composto por um coordenador geral e membros representantes da Secretaria Municipal que ocupem cargos diretivos e participem dos processos decisórios, visando assegurar a implantação/implementação do mesmo, pois ocorre um processo permanente de negociação, o que reforça a importância de sua composição e formalização institucional.

A opção metodológica adotada no Curso de Especialização torna indispensável destacar o papel do monitor. Sua atuação permanente ao longo de todo o processo visa assegurar a conexão entre os diferentes momentos das seqüências de atividades, bem como garantir o cumprimento dos propósitos e objetivos das unidades didáticas. Cabe, ainda, à equipe de monitores, com o apoio da equipe de condução, mobilizar e compreender os vários níveis da instituição na realização do curso.

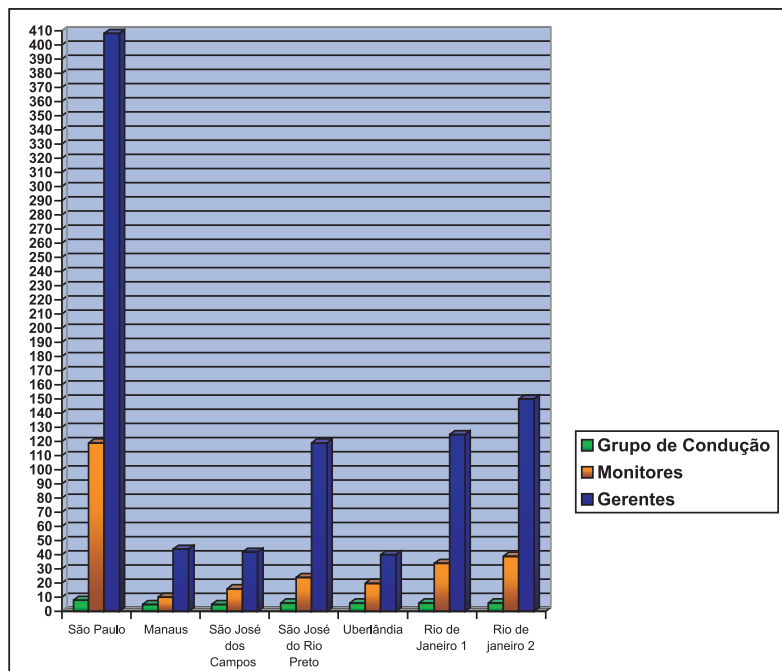
As experiências de implantação do Projeto Gerus demonstraram que, apesar das dificuldades que vêm sendo encontradas na efetivação do SUS, a capacitação gerencial pode contribuir para a potencialização do processo de reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de garantir aumento de cobertura, impacto das ações e satisfação dos usuários.

No período de 2001 a 2002, vários foram os contatos e articulações com Secretarias Estaduais e Municipais, sendo que, no ano de 2000, foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro e em 2002 está sendo desenvolvido nos municípios de São Paulo/SP, São José dos Campos/SP, Manaus/AM, Uberlândia/MG, Rio de Janeiro/RJ, São José do Rio Preto/SP e negociados para desencadear o processo nos municípios de Campina Grande/PB, região metropolitana de Recife/PE e Rondonópolis/MT.

O desenvolvimento do Projeto Gerus nos municípios, no período de 2000 a 2002, capacitou 262 monitores e ao final do curso de especialização formará 928 Gerentes de Unidade Básica de Saúde. Foram estabelecidas parcerias com Instituições de Ensino Superior locais para a realização dos cursos de especialização, as quais serão também responsáveis pela titulação dos gerentes de UBS e monitores.

Em relação aos sujeitos envolvidos na negociação, implantação e desenvolvimento do Projeto Gerus, conforme Gráfico 1, pode-se observar a distribuição de grupo de condução, monitores e gerentes por município, sendo importante destacar que o desenvolvimento gerencial envolve todos os gerentes de UBS do município. Os monitores são os técnicos de nível central e distrital que ocupam posto de trabalho, que no exercício de sua prática interagem com as Unidades Básicas de Saúde. O grupo de condução conta com uma composição interinstitucional e seus representantes ocupam cargos diretivos e participam de processos decisórios, pois este grupo tem a atribuição de implementar o desenvolvimento do Projeto Gerus no município.

**Gráfico 1 – Distribuição dos envolvidos no Projeto Gerus nos municípios segundo grupo de condução, monitores e gerentes de UBS, 2000-2002.**



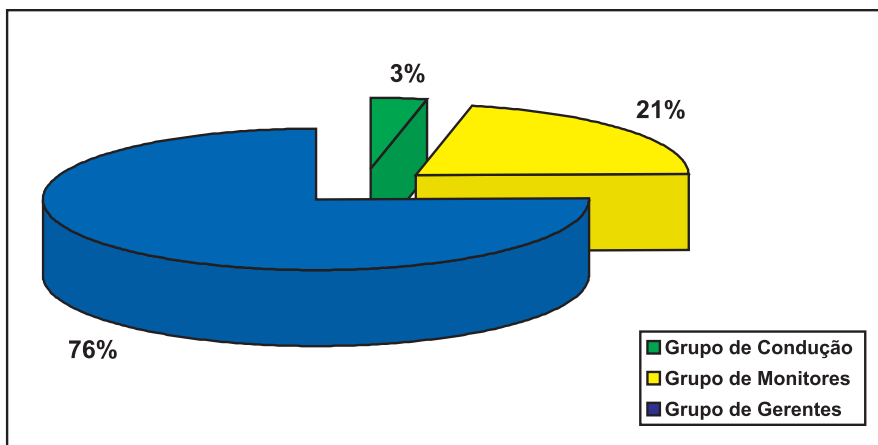
Fonte: Coordenação Projeto Gerus/CGPRH/SPS/MS

\* dados até 10/2002

O Gráfico 2 demonstra que, do total de pessoas envolvidas no desenvolvimento do Projeto Gerus nos municípios, no período de 2000 a 2002, o grupo de condução representa 3%, o grupo

de monitores 21% e o grupo de gerentes 76%. Analisando esses dados, observa-se que os monitores do processo de ensino e aprendizado são os que asseguram a conexão entre os diferentes momentos do desenvolvimento institucional e conduzem a pedagogia da problematização que parte da realidade. Pode-se destacar que esse Projeto trabalha com a base do sistema de saúde (UBS) e toma como foco o nível local, onde ocorre a produção de serviços básicos de saúde e estabelece um processo gerencial na perspectiva da mudança das práticas sanitárias. Reorganizar serviços de saúde significa não apenas formular um novo modelo de atenção à saúde, mas identificar conceitos e ferramentas que possibilitem às unidades de saúde e ao próprio sistema de saúde intervirem nos problemas e necessidades de saúde da população com eficiência, eficácia e efetividade.

**Gráfico 2 – Distribuição dos envolvidos no Projeto Gerus nos municípios segundo grupo de condução, monitores e gerentes de UBS, 2000-2002.**



Fonte: Coordenação Projeto Gerus/CGPRH/SPS/MS  
\* dados até 10/2002

O Projeto Gerus está sendo desenvolvido por intermédio da capacitação de monitores, financiado pelo Ministério da Saúde. Para o desenvolvimento do curso de especialização, é repassado um incentivo. O montante de recursos financeiros gira em torno de R\$ 344 mil nesse período.

Os resultados observados no desenvolvimento do projeto nos municípios apontam para a melhoria da prática profissional dos gerentes e equipes locais; mudança na atitude e comprometimento com o desenvolvimento institucional e com a realidade sanitária local; reorganização dos serviços locais de saúde e conseqüente melhoria na qualidade do atendimento. Representa, ainda, uma estratégia de apoio à consolidação do processo de descentralização/municipalização, propiciando a institucionalização da função gerencial na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde.

## Capacitação de gestores municipais

Considerando-se a relevância da participação do município no processo de consolidação do SUS, o Ministério da Saúde, por intermédio da SPS, com a colaboração do Conasems, do Conass, da Opas e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), assumiu a responsabilidade de organizar o Projeto de Capacitação de Gestores Municipais. Esse projeto, entendido como um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, soma-se a outros, como aqueles voltados para os gerentes de unidades básicas, para o sistema de regulação etc. Os objetivos são:

- ofertar um elenco básico de informações sobre o SUS para os gestores municipais de saúde;
- apoiar tecnicamente os gestores municipais na organização dos sistemas municipais de saúde, fortalecendo a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- incentivar a troca de informações decorrentes de experiências entre os municípios, atuando como indutor desta prática e colocando estas experiências à disposição do conjunto dos municípios;
- discutir as políticas de saúde, a partir do contexto político-normativo do SUS, como base para a organização dos serviços municipais de saúde, priorizando a atenção básica, os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde e discutir o papel do gestor na condução da política municipal de saúde e instrumentalizá-lo para otimizar os recursos disponíveis.

Os cursos tiveram início em julho de 2001, sendo ofertados pelas mais diversas instituições acadêmicas nos diversos estados. Apenas três estados não chegaram a aderir à iniciativa. Após a conclusão do processo em vários estados, iniciou-se a avaliação processual da atividade a partir da colaboração da Estação Observatório do Instituto de Medicina Social da Uerj. Hoje, essa avaliação está em fase de elaboração de seu relatório final, o qual deverá constituir-se em instrumento importante para a tomada de decisão de realização de novas atividades assemelhadas. Ao custo de R\$ 14 mil por turma de cerca de 35 secretários municipais de saúde, a SPS/MS atingiu o seguinte universo de municípios e estados:

## Quadro de Municípios Concluintes da Capacitação de Gestores Em Saúde

### Quadro Resumo - Concluintes

Estados	Adesão à Capacitação	Conclusão em Dezembro de 2001	Início em Janeiro de 2002	Início em Março de 2002
26(excluído DF)	23	16	4	3

### Conclusão em Dezembro de 2001

Estados	Municípios Existentes	Municípios Concluíram	% de Conclusão
Acre	22	16	72,73
Alagoas	101	42	41,58
Amazonas	62	37	59,68
Bahia	417	210	50,36
Espírito Santo	78	57	73,08
Goiás	242	146	60,33
Mato Grosso do Sul	77	43	55,84
Minas Gerais	853	604	70,81
Paraíba	223	70	31,39
Paraná	399	253	63,41
Pernambuco	185	82	44,32
Rio de Janeiro	92	25	27,17
Rio Grande do Norte	168	109	64,88
Rio Grande do Sul	467	394	84,37
Santa Catarina	293	219	74,74
São Paulo	645	414	64,19
<b>Total</b>	<b>4.324</b>	<b>2.721</b>	<b>63</b>

É importante destacar que essa atividade gerou dois livros de textos de apoio (textos básicos e textos legais) distribuídos para todos os alunos e instituições acadêmicas que estiveram envolvidas com os cursos. Essa literatura já desponta como sendo de referência para o público interessado no universo da gestão municipal para a saúde.

## Cadrhu

Com relação à capacitação de gestores da área de recursos humanos em saúde, o Ministério da Saúde, a Opas e os Núcleos Universitários coordenam um amplo processo de discussão envolvendo especialistas da área de administração e preparação de pessoal de saúde, com o objetivo de elaborar uma proposta de qualificação e formação de quadros técnico-dirigentes para a área de recursos humanos, necessidade que se apresentava em todo o território nacional. O projeto de capacitação, conhecido pelo nome de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu), tem o propósito de contribuir para a modernização dos processos institucionais no campo de recursos humanos, assegurando sua compatibilização com os princípios e metas da reforma sanitária.

O Projeto teve início em 1987, quando foram construídos consensos básicos em torno das questões como: estratégias de desenvolvimento institucional, centrada na capacitação de quadros técnicos-políticos; os conteúdos mínimos e a organização didática do processo ensino-aprendizagem. Na década de 90, o Ministério da Saúde e a Opas, numa tentativa de revigoramento do projeto, constituíram grupos de trabalho com experiências acumuladas, onde foram produzidas versões revisadas do currículo do curso. Como parte desses esforços foram promovidos cursos de preparação de monitores e apoiadas iniciativas das Secretarias de Saúde que demandavam cursos para seus técnicos e dirigentes de Recursos Humanos, mobilizando dezenas de docentes e centenas de alunos (dirigentes e técnicos de recursos humanos).

A história do Cadrhu pode ser dividida em duas etapas: a primeira corresponde à fase preparatória e de execução dos primeiros cursos em todo o território nacional. A segunda caracteriza-se pela realização de revisões de conteúdo e aperfeiçoamento da proposta. Em 1995, foi realizada a segunda revisão, com o duplo objetivo de atualizar seu conteúdo e, principalmente, reforçar sua característica de integração ensino-serviço. No decorrer desses anos, o projeto Cadrhu qualificou 1.904 profissionais, realizou 66 cursos e dois seminários de egressos, contribuiu para fortalecer a integração entre as universidades e as secretarias de saúde, possibilitou a elaboração de vários textos técnicos (didáticos), aumentando a visibilidade da área de recursos humanos entre os profissionais do setor.

Desse modo, o Cadrhu deve ser entendido numa perspectiva mais ampla, como um movimento de acumulação teórica e prática no campo da formulação e implementação de políticas de recursos humanos para o setor saúde. No período de 2001-2002, foram realizados oito cursos, que formaram 240 profissionais.

## Especialização em políticas de recursos humanos

Ainda no campo da formação de gestores da área de recursos humanos em saúde, em 2001 foi desenvolvido o Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS, que se constitui em uma oportunidade de educação continuada, para os dirigentes de recursos humanos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, com titulação acadêmica específica.

O curso teve por objetivo proporcionar aos participantes uma visão de conjunto sobre as

grandes questões contemporâneas das políticas de gestão das políticas educacionais, subsidiando-os para uma atuação mais efetiva e eficiente no desempenho de suas funções institucionais.

O conteúdo engloba o contexto das políticas de recursos humanos no âmbito das reformas setoriais de saúde e de educação, bem como as orientações e parâmetros legais associados à reforma do Estado, privilegiando principalmente as questões mais atuais na área de gestão de recursos humanos no âmbito do SUS. Desta forma, proporciona aos participantes subsídios para o exercício de suas atividades, tanto na esfera de funções executivas quanto de assessoria ou docência.

O primeiro Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS foi realizado no período de 25 de setembro de 2001 a 22 de junho de 2002, e representou uma iniciativa importante no campo da Saúde, tendo sido viabilizado pela parceria entre o Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília, a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos/SPS e a Opas, além da participação de outros colaboradores que atuaram nas áreas de docência, elaboração de textos e tutoria.

Como resultado final do curso, os 34 alunos matriculados originalmente receberam titulação de especialistas em políticas de recursos humanos para a gestão do Sistema Único de Saúde pela Universidade de Brasília.

## Curso de mestrado

No ano de 2001, visando incrementar a capacidade de formulação e gestão de políticas públicas de âmbito nacional, a SPS desencadeou um número importante de ações com vistas à formação de quadros técnicos para a condução dos programas e projetos desenvolvidos no nível central do Sistema de Saúde. Entre elas, merece destaque pela sua relevância o Curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde.

O curso, que teve seu início no segundo semestre de 2001 e previsão de término em fevereiro de 2003, vem sendo desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - um dos núcleos de saúde coletiva do país melhor avaliados no campo da pós-graduação pelo Ministério da Educação -, com o objetivo de aperfeiçoar a qualificação de 25 técnicos do Ministério da Saúde (que ocupam função de chefia, coordenação ou gerência de órgão, programas e projetos), para a melhoria do desempenho profissional e para o enfrentamento adequado dos problemas que se apresentam cotidianamente na sua prática profissional.

O eixo do processo de ensino-aprendizagem é o desenvolvimento de uma prática de investigação, ao longo de 12 meses. Os conteúdos teóricos vêm sendo desenvolvidos sob a forma modular, em seis módulos de 40 horas, ministrados a intervalos regulares durante os seis primeiros meses de realização do curso. Os módulos apresentam o conteúdo teórico-metodológico geral do campo da Saúde Coletiva e o conteúdo específico correspondente à área de concentração, quais sejam: (I) - Estado, Sociedade e Política de Saúde; (II) - Epidemiologia em Saúde Coletiva; (III) - Análise de Situações de Saúde; (IV) - Planejamento e Programação em Saúde; (V) - Gestão de Sistemas de Saúde; (VI) - Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde.

## Mudanças curriculares

No campo da regulação da formação profissional, a CGPRH desenvolveu o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (Promed), um programa que visa incentivar as instituições acadêmicas que se dispõem a transformar a formação profissional de forma coerente com as diretrizes nacionais e voltadas às necessidades das pessoas, das coletividades e do SUS.

Numa primeira etapa, o programa de incentivos foi dirigido às escolas médicas, uma vez que esta categoria profissional representa um segmento determinante na organização do modelo de atenção e apresenta um acúmulo histórico na problematização e avaliação dos problemas gerados pela abordagem pedagógica tradicional, fragmentação dos ciclos básico e clínico e especialização precoce. As experiências da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), da avaliação das condições de oferta e do exame nacional de cursos do Ministério da Educação são exemplos de movimentos nacionais que contribuíram para a seleção das escolas médicas como piloto para um programa abrangente envolvendo as demais carreiras da saúde.

Uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito aos “produtos” acadêmicos – perfil dos graduandos, conhecimentos produzidos e serviços de saúde prestados às pessoas e à população - situações que ainda estão longe da ideal.

As instituições de ensino superior (IES) seguem, na maioria das vezes, sua lógica própria, reafirmando a tradição de autonomia. Se, por um lado, essa tradição foi positiva, livrando as universidades de imposições conjunturais, por outro propiciou o afastamento de seu constituinte principal, que é a sociedade, da discussão sobre a relevância e a pertinência da produção de conhecimento e formação profissional. Uma das traduções negativas dessa autonomia tem sido fortemente expressa nos perfis da formação dos médicos, cuja tendência, ao longo das últimas décadas, foi de especialização e prática centrada na atenção hospitalar.

Apesar disso, as IES seguem perseguindo, como missão institucional, a formação do médico generalista. As diretrizes curriculares propostas para os cursos de medicina também apontam nessa direção, porém a tradução dessas orientações na organização e prática educativa requer transformações estruturais da escola e da prática de docentes e estudantes. O alcance dos objetivos estabelecidos no Artigo 3º das Diretrizes Curriculares em vigor constitui um enorme avanço na formação, visto que ela preconiza: postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais com formação geral, dotados de visão ético-humanística e preparados para acolher as necessidades de saúde das pessoas e população, e prestar cuidados contínuos e resolutivos visando à melhoria da qualidade de vida.

Os Pólos de Capacitação da Saúde da Família têm emprestado significativa contribuição na situação emergencial da capacitação das Equipes de Saúde da Família e nos cursos de especialização. É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional e, portanto, envolvendo as IES de forma ativa e protagônica. Essas ações, evidentemente, devem estar intimamente coordenadas com a ação dos Pólos e articuladas aos serviços de saúde do SUS, considerados como parte interessada e parceira na construção de um novo perfil para os profissionais de saúde.

Como resultantes desse processo, foram enviados convites para as 88 escolas médicas habilitadas a participar do programa. Dessas, 55 enviaram pré-propostas, das quais 48 preencheram os requisitos básicos. A análise inicial das pré-propostas mostrou uma variabilidade muito grande tanto no entendimento dos eixos como na própria capacidade de elaboração e apresentação do projeto (análise da situação atual, estratégias e imagem objetivo).

Nos seminários regionais, considerados um momento democrático de socialização e apoio para a melhoria dos projetos das escolas, foram explorados os objetivos e eixos do Promed (orientação teórica, eixo A; a abordagem pedagógica, eixo B; e os cenários de prática, eixo C) com os representantes das delegações das escolas previamente selecionadas. Essas delegações incluíram dois docentes, um representante discente e outro dos serviços de saúde. Houve momentos de troca entre os representantes das diferentes escolas no tocante às discussões sobre o entendimento de cada eixo e momentos de assessoria específica para cada delegação, respeitando-se o sigilo dos projetos. Os consultores trabalharam no sentido de problematizar as pré-propostas e estimularem a capacidade das delegações em analisarem a situação atual, construir estratégias de adesão e com potencial para atingir a imagem objetivo desejada.

O relatório de cada seminário foi elaborado pelo grupo de consultores que realizou a oficina e todos foram colocados à disposição no *site* do Ministério da Saúde. Todas as dúvidas e questões levantadas pelas equipes de redação de cada escola, após os seminários, também foram disponibilizadas no *site* com as respectivas respostas. Espaços para o esclarecimento de dúvidas das delegações foram disponibilizados para reuniões, em Brasília, com a equipe executiva e consultores do Promed. Os resultados dos seminários também foram diversificados, reproduzindo as avaliações iniciais realizadas a partir da análise das pré-propostas. Isso indicou que muitas escolas ainda precisariam de subsídios para a elaboração de projetos com consistência interna.

A apresentação do edital de convocação para as escolas médicas, no XL Congresso da Abem, em setembro de 2002, foi um momento de grande relevância pela adesão e interesse dos representantes docentes e discentes das escolas presentes. As dúvidas mais frequentes das consultas subseqüentes à publicação e apresentação do edital referem-se ao entendimento dos critérios de avaliação para seleção das propostas.

A adesão e envolvimento das escolas na preparação de projetos de mudança na formação de médicos, mobilizando gestores, docentes e representações de profissionais de saúde e discentes; a possibilidade concreta do estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde do SUS; e a aproximação dos mundos do ensino e do trabalho representa os fatores mais relevantes desse programa de incentivos, além de ser inédito na América Latina pela abrangência e pelo papel do Estado como impulsionador desse processo.

A pouca tradição da direção das escolas médicas na elaboração e gestão de projetos dessa envergadura e que requerem o envolvimento de diversos atores para a construção social da proposta, a formalização de parcerias interinstitucionais e o redirecionamento da missão das escolas para as necessidades da sociedade, constituem-se nas principais dificuldades a serem enfrentadas. Nesse sentido, o papel da secretaria executiva e dos consultores tem sido direcionado para a minimização dessas fragilidades.

Dado ao fato e movimento político criados pelo Promed, a continuidade desse programa e a previsão de recursos para sua execução (R\$ 24 milhões em 3 anos, sendo R\$1,2 milhões previstos para 2002) e possível ampliação apresenta-se de grande relevância para a melhoria da qualidade da formação e prestação de cuidados à saúde das pessoas e da população.

## Rorehs

Finalmente, no campo do planejamento dos recursos humanos em saúde, a CGPRH constituiu a Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (Rorehs), uma iniciativa da SPS em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Opas/OMS no Brasil. Foi instituída pela Portaria N.º 26, de 21 de setembro de 1999, e compõe um projeto de âmbito continental da Opas, já implantado em 16 países da América Latina.

O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde no país, facilitando melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

Os centros de estudo da Rede, denominados Estações de Trabalho, e a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos comporão um conjunto de *websites* interligados com a Opas/RH, de forma a potencializar o processo de comunicação entre os mesmos e, principalmente, com a extensa gama de usuários dos serviços que estarão disponíveis, tanto *on line* quanto nos repertórios e arquivos dos próprios centros de estudos e da Opas/OMS.

São objetivos da Rorehs: monitorar os fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das ocupações de saúde (formação, empregos e salários); analisar o desenvolvimento das estratégias e metodologias de formação e capacitação de recursos humanos em saúde; acompanhar o processo de mudanças das relações de trabalho e emprego no setor saúde; desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade, qualidade dos serviços); formatar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos e acompanhar as demandas da regulação de exercício profissional e das ocupações na área de saúde.

A Rede conta hoje com oito Estações de Trabalho, as quais desenvolvem estudos e pesquisas nas suas respectivas áreas de atuação:

- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - Nescon/UFMG ([www.medicina.ufmg.br/nescon](http://www.medicina.ufmg.br/nescon));
- elaboração do Boletim “Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde”, em edições trimestrais, a serem divulgadas pela Internet. Os boletins conterão três seções:
  - a) estatísticas sobre emprego e salários, com base na Rais e Caged;
  - b) demandas de regulação profissional e do trabalho no legislativo federal, com base no Sicon/Prodasen;
  - c) informações especiais sobre segmentos do mercado de trabalho, com base em pesquisas periódicas com metodologia de entrevistas telefônicas assistidas por computadores Etac/EPISM/Nescon (atualmente, está em desenvolvimento estudo sobre “Modalidades de Contratação de Profissionais de Saúde no Programa Saúde da Família no Brasil”;
- Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - IMS/UERJ ([www.obsnet.ims.uerj.br](http://www.obsnet.ims.uerj.br))
  - a) organização e manutenção de um banco de dados *on-line* sobre graduação e pós-graduação em saúde, contendo dados e informações compiladas a partir de fontes do sistema educacional oficial e de outras mantenedoras ou promotoras;

- b) diretório de estabelecimentos ou instituições;
- c) estatísticas sobre candidatos, matrículas e egressos em séries históricas.
- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz - EPSJV/Fiocruz ([www.fiocruz.br/epsjv](http://www.fiocruz.br/epsjv)):
  - a) organização e manutenção de um banco de dados *on-line* sobre formação de técnicos e auxiliares na área de saúde, contendo dados e informações compiladas a partir de fontes do sistema educacional oficial e de outras mantenedoras ou promotoras;
  - b) diretório de estabelecimentos ou instituições;
  - c) estatísticas sobre candidatos, matrículas e egressos em séries históricas.
- Núcleo de Estudos de Saúde Pública/Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília - NESP/UnB([www.pessoalsus.inf.br](http://www.pessoalsus.inf.br))
  - a) elaboração e implantação de *site* na Internet abordando os seguintes aspectos:
  - b) informações legislativas sobre pessoal estatutário e CLT;
  - c) principais problemas e propostas de soluções sobre gerência de pessoal;
  - d) estatísticas sobre uso e distribuição de pessoal no SUS;
  - e) orientações para implantar planos de seleção e contratação de pessoal;
  - f) outras informações de utilidade para os setores de recursos humanos das secretarias;
  - g) educação a distância para profissionais de saúde;
  - h) realização de cursos na área de políticas de recursos humanos para a gestão do SUS para técnicos e gestores das SES e SMS;
  - i) realização de estudos sobre formação, gestão de equipes e qualidade dos serviços do SUS, com destaque para o Programa de Saúde da Família.
- Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz - Nesc/CPqAM/Fiocruz ([www.cpqam.fiocruz.br](http://www.cpqam.fiocruz.br))
  - a) organização e manutenção de um banco de dados estadual sobre oferta de trabalho em saúde, com detalhamento municipal. Esse banco de dados *on-line* estará integrado a iniciativas congêneres dos demais estados, gerenciadas nacionalmente pelo Ministério da Saúde.
- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz - Nerhus/Ensp/Fiocruz ([www.ensp.fiocruz.br/perfil](http://www.ensp.fiocruz.br/perfil))
  - a) elaboração e divulgação *on-line* de relatórios e sínteses das pesquisas nacionais sobre perfis de profissões de saúde, contendo informações e resultados dessas pesquisas, sobre aspectos de interesse prioritário dos gestores do SUS.
- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Nesc/UFRN ([www.observatorio.nesc.ufrn.br](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br))
 

Difusão, por meio de *site* na Internet, de conhecimentos e informações na área de política, gestão de capacitação de pessoal, visando a subsidiar as decisões dos dirigentes de recursos humanos e gestores do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte, abordando os seguintes aspectos:

  - a) identificação e análise das transformações nas relações de trabalho e emprego no setor saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte;
  - b) análise de desenvolvimento das metodologias e estratégias de formação e capacitação de recursos humanos;
  - c) subsídios para os gestores estaduais e municipais do SUS sobre os principais problemas de recursos humanos nos serviços de saúde.
- Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - ESP/SES/RS([www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br))

- a) observação de ações de formação em nível de graduação para todas as profissões da área da saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;
- b) levantamento de informações sobre o número de instituições formadoras existentes, oferta de vagas para cada profissão e número de egressos a cada ano;
- c) acompanhamento de ações voltadas ao desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, nos municípios do Rio Grande do Sul.

Ciente da importância da produção de informações e achados de base científica produzidos pela Rorhes, a CGPRH está concluindo uma publicação dos principais produtos dessas estações.

## **III. RESULTADOS**

**G) Organização e promoção da ciência  
e tecnologia em saúde**



## Ciência e Tecnologia em Saúde

Em junho de 2002, foi criado o Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde (Decit), dada a necessidade de coordenação dos processos de formulação de políticas nesta área. O novo Departamento tem a missão de viabilizar a geração de conhecimentos e tecnologias aplicáveis em saúde, buscando a permanente adequação da produção científica e tecnológica às necessidades do SUS.

De 2000 a 2002, houve a estruturação física, recrutamento de pessoal e implementação dos processos organizacionais do Decit, ao mesmo tempo em que foram formuladas e implementadas diversas atividades em C&T/S.

O Decit planejou as suas atividades a partir do mapeamento das etapas dos processos de produção e incorporação dos resultados das pesquisas científicas e tecnológicas e da revisão de textos referenciais em C&T/S, como os anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994).

Uma das atividades é a formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCT&I/S), que servirá como instrumento norteador das ações de desenvolvimento científico e tecnológico do setor. O documento preliminar foi elaborado por um grupo de trabalho composto por gestores de saúde e de C&T e pesquisadores, e deverá ser um importante subsídio para as discussões a serem realizadas durante a II Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, prevista para outubro de 2003, segundo recomendação do Conselho Nacional de Saúde.

Está em discussão também a metodologia para elaboração da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, que tem como base os seis eixos prioritários da Agenda Nacional de Saúde. A agenda será composta por duas pautas complementares. Uma delas é a pauta de sistema e serviços de saúde, que prevê investigações para reorientar o sistema de saúde visando o atendimento dos princípios de equidade, eficiência e eficácia. A outra, diz respeito às doenças e agravos à saúde e será construída a partir de indicadores de impacto epidemiológico e econômico.

Com o objetivo de promover a integração de diferentes setores envolvidos na produção e aplicação do conhecimento científico e tecnológico e coletar subsídios para a elaboração de programas e projetos voltados para a diminuição das disparidades regionais, o Decit realizou o I Fórum Intersetorial de Desenvolvimento Institucional em Ciência e Tecnologia em Saúde (2001).

Seguiram-se a esse evento, sete fóruns nos estados do Ceará, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Rio Grande do Norte, Pará e Acre (2001/02), com a participação, no total, de cerca de 250 representantes de Secretarias Estaduais de Saúde, fundações de amparo à pesquisa (FAPs), universidades e comunidade científica locais. O Plano de Desenvolvimento Institucional de C&T/S das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi resultado dessa ampla discussão com os parceiros regionais, e incluiu a criação de núcleos de C&T em Saúde nas SES, além do estabelecimento de redes de cooperação técnica entre as três regiões.

Durante o período de 2000 a 2002, o Decit desenvolveu atividades de fomento de projetos de pesquisa por meio de duas modalidades: direta, entre o Ministério da Saúde e instituições de pesquisas, visando responder demandas específicas das áreas técnicas da SPS; e indireta, por meio de agências de financiamento como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico (CNPq) e as FAPs. No projeto com as FAPs construiu-se um modelo de gestão compartilhada com as SES.

A modalidade de fomento direto contempla os seguintes projetos: Pesquisa de Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); Inquérito Nacional de Saúde na População Presidiária e de Servidores Prisionais; Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS); e Pesquisa de Fluxo de Recursos Financeiros Aplicados em Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde no Brasil.

Já a modalidade de fomento indireto teve dois componentes: em 2000, foram financiadas pelo MS e pelo CNPq 38 pesquisas em doenças infecciosas e parasitárias. Em 2001, foram celebrados sete convênios com as FAPs das regiões Nordeste e Centro-Oeste. Esses convênios permitirão o financiamento de aproximadamente 70 projetos de pesquisa, que serão pautados em prioridades definidas segundo as Agendas Estaduais de Saúde. Esse projeto de fomento indireto, que prevê uma gestão compartilhada entre MS, SES e FAPs, encontra-se em fase de ampliação com a celebração de mais cinco contratos com FAPs de outros estados, incluindo nessa etapa as regiões Sudeste e Sul.

O Decit elaborou a proposta de implantação do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde no MS. Recomendações emanadas da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (1994), do Seminário de “Avaliação Tecnológica em Saúde: subsidiando a melhoria de qualidade e eficiência do SUS” (1997), organizado pelo Projeto Refosus/SE/MS, e a consultoria da Agência de Avaliações de Tecnologias Sanitárias da Espanha (1999) forneceram as bases para a elaboração da proposta.

Há previsão de, ainda em 2002, instituir-se a Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde com a atribuição de propor o modelo de atuação do MS nesse campo. A SPS coordenará a Comissão, que será composta por representantes das secretarias de Assistência à Saúde (SAS), de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS), Executiva (SE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e Instituto Nacional do Câncer (Inca).

## Bioética

O Decit participou, também, da elaboração do Decreto N.º 4.436, de 23 de outubro de 2002, que criou a Comissão Nacional de Bioética em Saúde (CNBioética). No setor saúde as discussões sobre prioridades na alocação de recursos, aborto, reprodução assistida, clonagem, transgênicos, entre outros, são pautadas por polêmicos conflitos morais. Uma abordagem de reflexão ética sobre esses dilemas é oferecida pela bioética, um ramo da filosofia criado para dirimir conflitos de interesses e valores.

Em 2002, o Decit promoveu o I Fórum de Bioética para Gestores do Sistema Único de Saúde, que contou com a participação de representantes das SES e das secretarias municipais das capitais. Além de informar, atualizar e sensibilizar os gestores de saúde quanto às questões bioéticas, o fórum buscou iniciar a elaboração participativa de um plano de atuação em bioética para o MS. Também participou da organização do 6.º Congresso Mundial de Bioética – Poder e Injustiça e do *4th Global Summit of National Bioethics Commissions*, que se realizou entre os dias 31 de outubro e 4 de novembro e contou com a participação de mais de mil participantes de todo o mundo.

Na área de biossegurança em saúde, o Departamento vem coordenando as discussões entre os diversos órgãos e setores do MS por meio da Comissão de Biossegurança em Saúde, criada para apoiar as atividades do representante ministerial na CTNBio e para identificar as necessidades de biossegurança do setor.

Em 2001, foram financiados 21 projetos de Desenvolvimento Institucional para capacitação dos membros dos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP -, pesquisadores e gestores em saúde, que totalizaram 1.325 profissionais envolvidos na matéria. Em continuidade a este projeto de fortalecimento dos CEPs, em 2002 estão sendo financiadas atividades de mais 16 comitês, estimando-se a capacitação de mil técnicos.

O Decit tem promovido atividades voltadas para o fortalecimento da cultura de repartição de benefícios dos resultados e produtos oriundos do financiamento de projetos científicos e tecnológicos - propriedade intelectual. Técnicos do Departamento têm prestado assessoria às FAPs e universidades, assim como a outros setores do próprio MS, para reforçar a necessidade de clareza e previsão de cláusulas contratuais que garantam o retorno dos recursos financeiros públicos do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

A ação de organização e disseminação de informações sobre produção científica e tecnológica em saúde tem como objetivo ampliar o acesso à produção científica aos gestores do SUS, profissionais de saúde e usuários do Sistema. Prevê-se com essa ampliação o aprimoramento dos processos de gestão das ações e serviços de saúde (políticas públicas baseadas em evidências).

Nesse sentido, foram investidos recursos para a completa informatização da Biblioteca do Ministério da Saúde e foi elaborada proposta de estruturação de um sistema de informação para acompanhamento dos projetos de pesquisas financiados pela administração direta do MS. No âmbito das parcerias externas, foram financiados o projeto da Biblioteca Virtual de Saúde Pública em cooperação com a Bireme/Opas e o Projeto ABCDados em cooperação com Academia Brasileira de Ciências.

O Decit coordenou, no período de 1999/2002, as ações do Comitê Técnico Cidade dos Meninos/MS, que tinha como objetivo propor e implementar medidas de resolução da contaminação ambiental e exposição humana aos pesticidas organoclorados presentes em Cidade dos Meninos, em Duque de Caxias, estado do Rio de Janeiro.

Os relatórios técnicos referentes aos projetos de dimensionamento da contaminação ambiental e efeitos dos resíduos organoclorados à saúde humana estão em fase de finalização.

## Recursos

Os recursos financeiros do Decit são provenientes do orçamento ordinário do Ministério da Saúde. Em 1999, as ações da área de C&T/S estavam vinculadas à ação programática "Organização de serviços de saúde" da SPS, que incluía o orçamento de diferentes áreas técnicas. A partir de 2000, e com a oficialização do Decit na estrutura da SPS, a área passou a ser incluída no orçamento do programa "Qualidade e eficiência dos serviços no Sistema Único de Saúde", ação "Estudos e pesquisas para melhoria da qualidade e eficiência do SUS".

Na aplicação direta pelo Fundo Nacional de Saúde, a execução orçamentária apresentou contínuo crescimento, tendo quadruplicado de 1999 para 2000 (de R\$ 1 milhão para cerca de R\$ 4,5 milhões), sendo ampliado em 150% de 2000 para 2001 (R\$ 11,2 milhões). Em 2002, a elevação do gasto deverá ser superior a 20%. Para o exercício de 2003, estão previstos R\$ 14 milhões.

**Execução Orçamentária (1999-2002)**

Ano	Valores em R\$ 1,00
1999	1.000.000
2000	4.464.000
2001	11.210.830
2002	(*)13.217.830

Fonte: SPS/CGPLAE (\*) até 30/09/02

Em outubro de 2000, foi efetivado o projeto de Assistência Preparatória – Cooperação para o Desenvolvimento de Ações de Ciência e Tecnologia em Saúde, desenvolvido em cooperação com a Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), por período de nove meses com recursos próprios do MS, no valor de R\$ 2,7 milhões.

Em dezembro de 2001, foi assinado o Projeto de Cooperação Técnica entre o governo brasileiro e a Unesco, denominado de “Desenvolvimento Institucional de Ciência e Tecnologia para o SUS”. O projeto tem por objetivo o desenvolvimento do Decit. O valor total do projeto está orçado em R\$ 40 milhões a serem executados nos exercícios de 2002, 2003, 2004 e 2005.

## Resultados alcançados

A avaliação das ações desenvolvidas no período de 2000 a 2002 demonstra que foram alcançados resultados significativos. Vários cursos de capacitação foram realizados nesse período. O curso de capacitação de pesquisadores da região Norte treinou 238 profissionais de Manaus e Belém. Outros 30 representantes das SES das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram treinados no curso da avaliação tecnológica em saúde.

Também nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi ministrado o curso de gestão tecnológica em saúde, que teve como objetivo sensibilizar gestores do SUS e organizações de C&T/S. Ao todo, participaram 30 profissionais das SES e FAPs.

Três fóruns foram realizados: o I Fórum Intersectorial de Desenvolvimento Institucional em C&T/S das regiões NO, NE e CO, que contou com 70 participantes; Fóruns Regionais de Desenvolvimento em C&T/S, realizado em seis estados (CE, MS, AL, RN, PA, AC), com 250 participantes no total, e o Fórum de Bioética para Gestores do SUS, com 65 representantes de SES, órgãos do MS, Sociedade Brasileira de Bioética e OPAS. Os participantes discutiram a proposta de criação da CNBioética.

O Decit realizou ainda três oficinas nas quais foram elaborados e finalizados projetos do setor e avaliadas as ações do Decit de 2001 e 2002. Trinta e sete pesquisas na área de doenças infecciosas e parasitárias foram realizadas por meio de convênio entre o MS e o CNPq. Em 2001, sete outros convênios foram celebrados com as FAPs nos estados de AL, CE, PB, PE, PI, SE, MS para fomentar pesquisas prioritárias para o SUS; e em 2002, os contratos foram celebrados com as FAPs dos estados da BA, MT, MG, RS e SC.

Com a implantação do programa de DI nos comitês de ética em pesquisa, foram fortalecidos 40 comitês. O fomento à pesquisa, feito em parceria entre o MS e várias instituições contratadas, resultou na elaboração de diversos projetos: “Pesquisa de Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, “Inquérito Nacional de Saúde na População Presidiária e de Servidores Prisionais”, “Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde”, “Pesquisa de Fluxo de Recursos Financeiros Aplicados em Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde no Brasil”.

A consolidação da área de C&T/S no âmbito do SUS, com a implementação de todos os processos e iniciativas, é sem dúvida o maior desafio do Departamento. Nesse contexto, encontra-se a necessidade de integração intra e intersectorial, a garantia e a ampliação do financiamento para a área, entre outras.

Outros desafios devem ser colocados em perspectiva para o próximo exercício. Um deles é a conclusão da formalização e operacionalização da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, que deve ser considerada como uma das prioridades pela sua importância e pelo grau de envolvimento dos atores participantes no processo.

A validação da metodologia da Agenda de Prioridades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde também deve ser concluída, a partir da qual serão criadas as agendas de Prioridades de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde, nos níveis de gestão do SUS. Existe uma expectativa positiva em relação ao uso de agendas de prioridade por parte dos componentes do sistema de C&T/S, o que garante a continuidade do processo.

O projeto de Desenvolvimento Institucional em C&T/S apresenta grande importância, considerando-se que o funcionamento sistêmico da área de C&T/S no SUS depende diretamente da sua expansão, garantindo a continuidade das ações em andamento e implementação de novas.



## **III. RESULTADOS**

**H) Informação, avaliação e gestão  
descentralizada de políticas**



## Informação, Avaliação e Gestão Descentralizada de Políticas

Para enfrentar os desafios da reestruturação do sistema de saúde – a limitação dos modelos assistenciais, a diversidade na gestão da saúde nos 5.561 municípios, as disparidades regionais, o perfil dos gestores e profissionais da saúde, o processo de regionalização para a implantação de sistemas integrais e o aumento da complexidade de atribuições dos governos municipais e estaduais –, o Ministério da Saúde iniciou em 2000 um amplo processo de reestruturação interna com profundas alterações na Secretaria de Políticas de Saúde – SPS –, com reflexos na organização da oferta de serviços nos 26 estados, no Distrito Federal e em todos os municípios.

Aliado a isso, a reflexão sobre uma série de mudanças relacionadas à reorganização institucional, à redefinição dos papéis das três esferas de governo, à redistribuição do poder e à qualificação dos recursos humanos permitiram essas mudanças de ordem estrutural, que acabaram por configurar à SPS um novo papel, mais dinâmico e atuante na relação com os estados e municípios, propiciando a consolidação de processos de gestão recém iniciados e outro conjunto de processos implantados a partir de 2000.

Na construção de um sistema que englobasse o planejamento, informação e avaliação, e que favorecesse a troca de informações nos três níveis, a Coordenação Geral de Planejamento e Ações Estratégicas (Cgplae) assumiu, nesse novo desenho de organização da SPS, as funções de articular e disseminar informações necessárias ao processo de gestão do SUS. A Essa Coordenação Geral passa a assessorar o processo de regionalização da assistência à saúde, coordena o processo de planejamento da SPS, assessora e promove articulação entre os departamentos da SPS, além de dirigir o processo de elaboração da proposta orçamentária anual da Secretaria.

A necessária rapidez do processo de descentralização e uma melhor definição das responsabilidades de cada esfera de governo, a regulação de transferências financeiras, com a edição de normas específicas para a regionalização da assistência, o início de novas administrações municipais e o processo de ampliação da capacidade de gestão dos municípios, dos estados e do Ministério da Saúde exigiam também a formação de quadros municipais e estaduais da área de gestão de serviços e sistemas de saúde, como instrumento relevante no processo de descentralização do SUS, sendo implementado, em âmbito nacional, o Projeto de Qualificação de Equipes Gestoras em Sistema e Serviços de Saúde e o Projeto de Fortalecimento e Apoio à Gestão Estadual do SUS.

Essas iniciativas demandaram inovações metodológicas na qualificação de gestores e equipes para a intervenção e análise do contexto socioeconômico, político e demográfico no qual se expressam as tendências do sistema de saúde e do estado de saúde da população no Brasil para esta década.

### Descentralização do orçamento

No triênio 2000-2002, coube à SPS a responsabilidade pela execução orçamentária de mais de R\$ 12 bilhões, o que representa 15,7% do orçamento do Ministério da Saúde no período, que é de R\$ 79,3 bilhões.

O Programa Saúde da Família com o Piso da Atenção Básica — PAB — passou a ser coordenado pela SPS em 2000. Na composição dos gastos, 76% (R\$ 3,1 bilhões) do orçamento da SPS é transferido fundo a fundo – PAB fixo e PAB variável; 18% (R\$ 718,6 milhões) destina-se à produção, aquisição e distribuição de medicamentos e insumos; e 6% (R\$ 236,4 milhões) são executados mediante convênios ou de forma direta pelas áreas técnicas/programas da Secretaria. Isso demonstra que a descentralização é a característica dominante do orçamento da SPS.

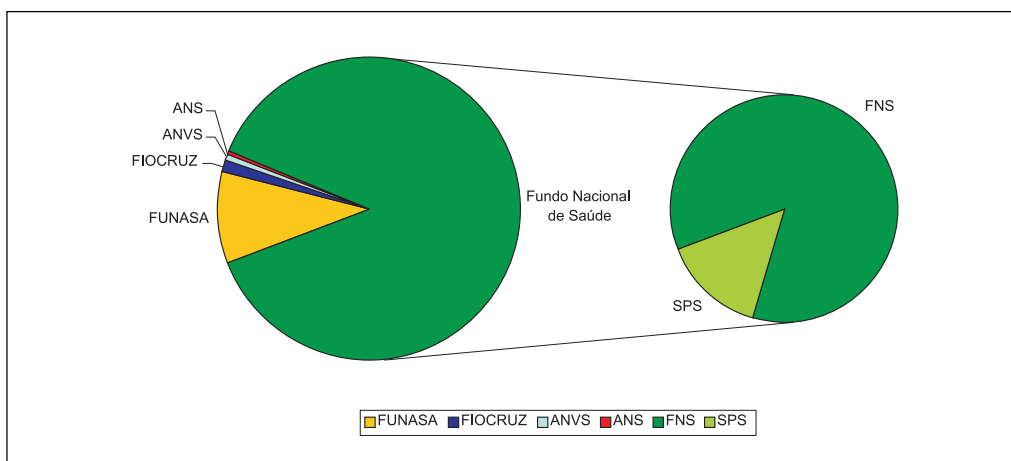
Em 2000, a dotação final do orçamento foi de R\$ 3,7 bilhões com uma execução de 96,9%. Em 2001, foram utilizados 99% do orçamento de mais de R\$ 4 bilhões, que representa um aumento de 9,1% (R\$ 340,6 milhões) em relação ao ano anterior.

### LEI ORÇAMENTÁRIA 2000/2002 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

	2000	%	2001	%	2002	%
<b>FUNASA</b>	2.661.797.578,00	11,31%	3.975.333.250,00	14,61%	3.602.692.247,00	12,62%
<b>FIOCRUZ</b>	326.216.904,00	1,39%	396.213.208,00	1,46%	376.020.441,00	1,32%
<b>ANVS</b>	161.368.635,00	0,69%	177.623.700,00	0,65%	174.852.454,00	0,61%
<b>ANS</b>	49.551.863,00	0,21%	63.603.950,00	0,23%	67.846.964,00	0,24%
<b>FNS</b>	20.345.610.064,00	86,41%	22.598.227.190,00	83,05%	24.330.036.133,00	85,21%
<b>SPS</b>	3.524.139.835,00	17,32%	4.003.436.548,00	17,72%	4.927.275.344,00	20,25%
<b>TOTAL</b>	<b>23.544.545.044,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>27.211.001.298,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>28.551.448.239,00</b>	<b>100,00%</b>

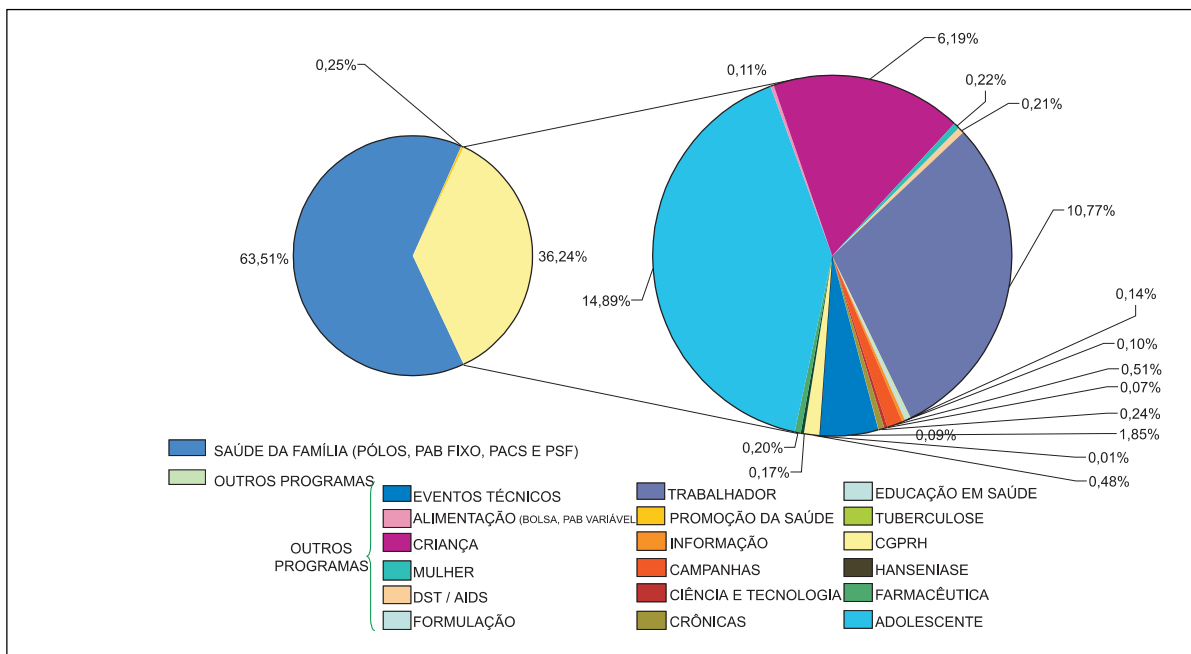
FONTE: COORDENAÇÃO-GERAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS

### LEI ORÇAMENTÁRIA 2002/2003 - MINISTÉRIO DA SAÚDE



O orçamento da SPS para 2003 é de R\$ 5,9 bilhões. Do total, 63,51% destinam-se ao PSF. A Cgplae representa 0,25% do orçamento da Secretaria, que corresponde a R\$ 28,3 milhões, os quais são distribuídos nas atividades de formulação e avaliação de políticas (0,14%) e sistema de nacional de informação (0,10%), conforme demonstrado a seguir.

## PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA POR PROGRAMA DA SPS - 2003



## PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA POR PROGRAMA DA SPS - 2003

VALORES EM (R\$ 1.000,00)

PROGRAMA / SUBPROJETO / SUBATIVIDADE	VALOR
SAÚDE DA FAMÍLIA	3.751.700,00
PROMOÇÃO DA SAÚDE	15.000,00
PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	8.000,00
FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PARA O SETOR SAÚDE	6.000,00
SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO SUS	30.000,00
PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA	4.000,00
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA	14.000,00
PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICO – DEGENERATIVAS	109.442,00
PROMOÇÃO DE EVENTOS TÉCNICOS	800,00
PREVENÇÃO E CONTROLE DA TUBERCULOSE E DE OUTRAS PNEUMOPATIAS	28.460,00
COORDENAÇÃO GERAL DE RECURSOS HUMANOS	10.000,00
CONTROLE DA HANSENIASE E OUTRAS DERMATOSES	11.706,00
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	879.828,00
SAUDE DO ADOSLESCENTE E DO JOVEM	6.210,00
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	365.600,00
SAUDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO	13.260,00
SAUDE DA MULHER	12.330,00
DST/AIDS	636.000,00
SAÚDE DO TRABALHADOR	5.120,00
	<b>5.907.456,00</b>

Dos recursos do Plano Plurianual – PPA —, entre 2000 e 2002, a Cgplae desenvolveu atividades de coordenação do processo de planejamento da SPS junto aos departamentos, coordenações e áreas técnicas responsáveis pelo desenvolvimento e gerência dos programas do PPA 2000 – 2003 sob a responsabilidade da SPS.

### Execução Orçamentária da Coordenação Geral de Planejamento, Informação e Avaliação/SPS por Subatividade - 2000 a 2002

VALORES EM (R\$ 1.000,00)

PROGRAMA A	SUBATIVIDADES	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA - PPA	ORÇAMENTO APROVADO (QDD)								
			2000 (Posição 03/01/2001)			2001 (Posição 05/01/2002)			2002 (Posição 13/10/2002)		
			AUTORIZADO	EXECUTADO	% EXECUTADO	AUTORIZADO	EXECUTADO	% EXECUTADO	AUTORIZADO	EXECUTADO	% EXECUTADO
GESTÃO DA POLÍTICA EM SAÚDE	FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PARA O SETOR SAÚDE	1012200164586	2.723,50	2.071,65	76,07	2.723,50	2.472,90	90,80	3.401,71	3.177,91	93,42
	SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE DO SUS	1012600164380	12,428,80	11,134,40	89,59	23.700,00	22.443,40	94,70	26.276,56	25.168,47	95,78

A área de planejamento viabiliza a tramitação dos convênios com a adequação do plano de trabalho, do parecer técnico e compatibiliza as funcionais programáticas de acordo com a programação e a Lei Orçamentária Anual. O acompanhamento de convênios se traduz num consolidado, atualizado mensalmente, que é encaminhado aos departamentos e respectivas áreas técnicas. Em maio de 2001, a Cgplae implementou um projeto piloto de acompanhamento e avaliação de convênios, cujo conjunto de informações subsidia a elaboração do parecer técnico e financeiro para a homologação da prestação de contas no final da vigência do contrato.

A antiga estrutura do Departamento de Avaliação das Políticas de Saúde (Deaps), responsável pela Ripsa, Rnis e outras foi alterada para Núcleo de Informação em Saúde, com a função coordenar o processo de avaliação de impacto e resultados das políticas de saúde, articular e disseminar informações necessárias ao processo de gestão do SUS, além de organizar o site da SPS e responder às demandas de monitoramento e avaliação de processos implantados na SPS.

## Projeto de Fortalecimento e Apoio à Gestão Estadual do SUS

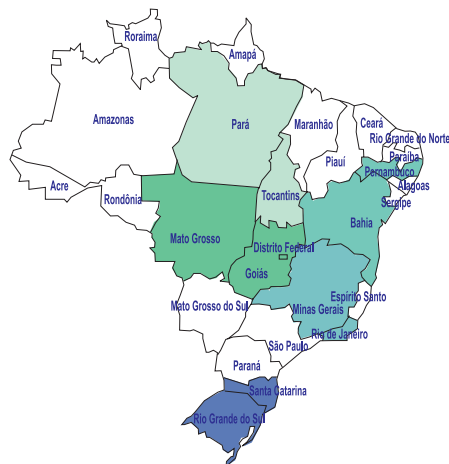
Esse Projeto, elaborado pela SPS e financiado pelo BID, por intermédio do Reforsus, tem como objetivos adequar a estrutura organizacional das SES e seus instrumentos de gestão, contribuir na consolidação dos sistemas estaduais de saúde, estimulando a implementação do processo de regionalização do SUS e auxiliar a implementação de mecanismos de articulação, negociação e pactuação com os outros níveis gestores do SUS, além da capacitação de recursos humanos, considerando o seu papel estratégico na implementação da política de saúde. Para a execução do Projeto foram selecionadas 10 Secretarias Estaduais de Saúde, duas por macrorregião, segundo os critérios definidos no termo de referência.

Com base nos objetivos do projeto e metodologia definida previamente, foi realizado um diagnóstico em cada secretaria, mediante o qual foram identificadas demandas, traduzidas em produtos que resultaram no Plano de Trabalho de cada SES.

Foram pactuados nos 10 Planos de Trabalho, 195 produtos que, distribuídos nos 10 estados participantes do projeto, apresentam a seguinte distribuição: na região Norte, SES Tocantins, 15

produtos e SES Pará, 16; no Nordeste, a SES Pernambuco definiu pela execução de 32 produtos; e a SES Bahia, 26. Na região Centro-Oeste, a SES Mato Grosso definiu 10 produtos e a SES Goiás, 22. No Sudeste, a SES Minas Gerais definiu pela execução de 21 produtos e a SES Rio de Janeiro, 15. Na região Sul, o estado de Santa Catarina pactuou 18 produtos e o Rio Grande do Sul, 20.

LOTE / REGIÃO	UF	PRODUTO
<b>I</b> Região Norte	TO	15
	PA	16
<b>II</b> Nordeste	PE	32
	BA	26
<b>III</b> Centro-Oeste	MT	10
	GO	22
<b>IV</b> Sudeste	MG	21
	RJ	15
<b>V</b> Sul	SC	18
	RS	20



Além da execução, num prazo de 14 meses (agosto de 2001 a outubro de 2002), dos Planos de Trabalho (195 produtos) nos dez estados, é previsto no projeto o Sistema de Acompanhamento e Avaliação da Gestão Estadual e a constituição de uma Rede de Cooperação Técnica entre as SES.

A execução dos 195 produtos pactuados cabe a três atores, com diferentes níveis de responsabilidades. Às SES, cabe o papel de sujeito do processo de construção da gestão estadual do SUS; ao MS, compete a contratação da empresa consultora, avaliação do projeto, pactuação e acompanhamento do Plano de Trabalho na SES; à empresa consultora, a execução do Plano de Trabalho elaborado a partir do diagnóstico realizado nas SES.

O processo de acompanhamento do Plano de Trabalho envolve reuniões realizadas nas SES, com participação do MS, coordenação do Projeto definida pela SES e pela coordenação da consultora contratada. Essas reuniões resultam em avaliações do processo de execução do Plano mediante análise de cada produto e acompanhamento da execução físico-financeira do plano de trabalho pactuado. As reuniões de acompanhamento são espaços, em algumas SES, para a validação dos produtos concluídos, a qual ocorre em duas etapas: aprovação pela SES do produto realizado pela Consultoria e a aprovação pelo técnico responsável na SPS, com encaminhamento ao Reforsus.

Entre as atividades realizadas pela equipe responsável pelo projeto estão: a Oficina de Balanço e Perspectivas do Projeto de Fortalecimento, discussão e aprovação da proposta de avaliação do projeto a ser desenvolvida até dezembro de 2002, e análise e solicitação de prorrogação da vigência do contrato por Lote/Empresa Consultora, quando necessário, até 13 de dezembro de 2002.

## Projeto de qualificação de equipes gestoras

Esse Projeto foi implantado nacionalmente em 2001 por meio da Cgplae em decorrência da necessidade de atualização, adequação do perfil e desenvolvimento da capacidade das equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde municipais e estaduais. Tem como eixos o fortalecimento

da capacidade de gestão e a ampliação da capacidade de atuação das instituições formadoras existentes nos estados.

A Coordenação estabeleceu parcerias com outras áreas do MS, com os estados, municípios e instituições formadoras e de cooperação técnica e financeira, concretizada na constituição de um grupo de condução nacional de coordenações estaduais, que incorporaram funções técnicas e políticas.

A partir de uma proposta comum definida conjuntamente, foram elaborados em cada estado os planos de Cursos de Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, com conteúdos específicos para atender ao perfil de necessidades de formação dos gestores locais.

A coordenação, o monitoramento e a avaliação geral do Projeto são conduzidos por uma comissão colegiada, integrada pela Cgplae/SPS e representantes do Conasems, Conass, Abrasco e Opas. Foi também constituído um grupo assessor para apoiar tecnicamente a sua implantação.

O objetivo consiste na oferta de cursos de especialização, visando o incremento da capacidade gerencial, além da ampliação da capacidade de atuação de instituições formadoras em cada estado, às necessidades de formação e assessoria técnica aos gestores municipais e estaduais.

O projeto passou por etapas de consulta e revisão junto a representantes de governos (Cosems e SES), de centros formadores e instituições parceiras e incorporou sugestões para conformar características nacionais à iniciativa. As estratégias de formação, a metodologia adotada e parte do conteúdo foram construídos localmente. Foram realizadas duas oficinas nacionais com todos os atores envolvidos (parceiros, gestores e instituições formadoras). O respeito às realidades locais e ao processo de gestão foi um dos pontos altos desse Projeto.

Todos os estados foram incluídos, reservando-se até 10 vagas para cada uma das secretarias estaduais. Os municípios foram selecionados a partir de critérios de influência regional combinados ao critério populacional. A indicação abrangeu 1.032 municípios (506 por critérios populacionais, 500 por critérios de regionalização e as 26 capitais).

### **Distribuição do Total de Vagas por Categorias dos Municípios e Estados**

Categorias	Quantidade	Nº de Vagas	Total de Vagas
Municípios com população maior que 100 mil	199	3	597
Municípios com população entre 50 e 100 mil	307	2	614
Municípios com população menor que 50 mil e sede de módulo	500	1	500
Capitais	26	10	260
Secretarias Estaduais de Saúde	27	10	270
<b>TOTAL</b>	<b>1.059</b>		<b>2.241</b>

Fonte dos dados populacionais: IBGE, 2001.

Esse recorte para a participação de municípios buscou apoiar aqueles que, no processo de regionalização, terão atribuições ampliadas, tanto pelo potencial de se tornarem pólos regionais, quanto por fazerem parte de aglomerados urbanos que concentram serviços e população. A

distribuição geográfica para a realização dos cursos idealizou a redução dos deslocamentos, custos de transporte e o dispêndio de tempo dos alunos. Os beneficiários da capacitação foram selecionados entre os profissionais com atuação gerencial nas secretarias estaduais e municipais de saúde que atenderam aos critérios estabelecidos.

O projeto foi viabilizado pelos 8º e 9º Termos de Cooperação Técnica com a Opas. Foram direcionados R\$ 7.739.499,52 para sua execução, sendo o Ministério da Saúde seu principal financiador. Desses recursos, R\$ 900 mil foram captados junto ao Reforsus para a aquisição de material instrucional, realização de oficinas nacionais e regionais, assim como a implantação do processo de monitoramento e supervisão dos cursos.

## Resultados das ações

Em relação ao Projeto de Fortalecimento e Apoio à Gestão Estadual do SUS, um grupo de trabalho que abrange a coordenação do Projeto, consultora nacional, técnicos e três consultores contratados, está elaborando a metodologia e instrumentos de avaliação dos resultados nas 10 SES envolvidas. Os resultados já observados têm como referência os processos de acompanhamento realizados em cada estado para validação dos produtos inclusos nos Planos de Trabalho e o relatório da Oficina de Trabalho - Balanço e Perspectivas do Projeto Fortalecimento, realizada em Brasília em agosto de 2002.

Os planos de trabalho nas 10 SES, considerando os produtos pactuados comuns na maioria dos estados, apontam maior concentração de demandas no apoio ao processo de regionalização/descentralização; revisão da estrutura organizacional para assumir as novas funções; definição de políticas de assistência farmacêutica, de descentralização das vigilâncias e assistência hospitalar. Também exigem demandas a capacitação de recursos humanos em todos os níveis, tanto para o processo de gestão do SUS, quanto para a gestão administrativa dos fluxos internos das Secretarias, a normatização dos fluxos de compras e convênios e a preparação da SES para a função de regulação do SUS, qualificando o funcionamento do controle e avaliação, auditoria e sistema de informação.

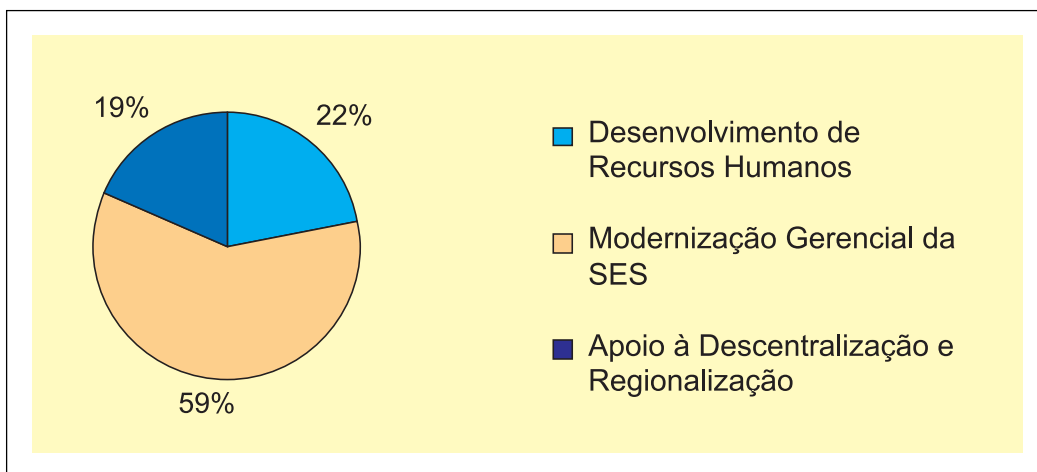
Das facilidades relacionadas às características do Projeto e à gerência do MS, destacam-se o respeito às prerrogativas das SES. O plano de trabalho foi negociado desde o início, tendo como premissa o atendimento às necessidades das Secretarias. Adotou-se ainda a estratégia de acompanhamento do desenvolvimento do projeto e o suporte do MS às SES, atuando como parceiros na relação com as empresas consultoras.

O Projeto possibilitou às secretarias o desenvolvimento de novas propostas e projetos, que não seriam possíveis devido à submersão dos técnicos na rotina; o fortalecimento de áreas estratégicas e prioritárias; e a oportunidade de trocar informações das experiências com especialistas de diversas áreas.

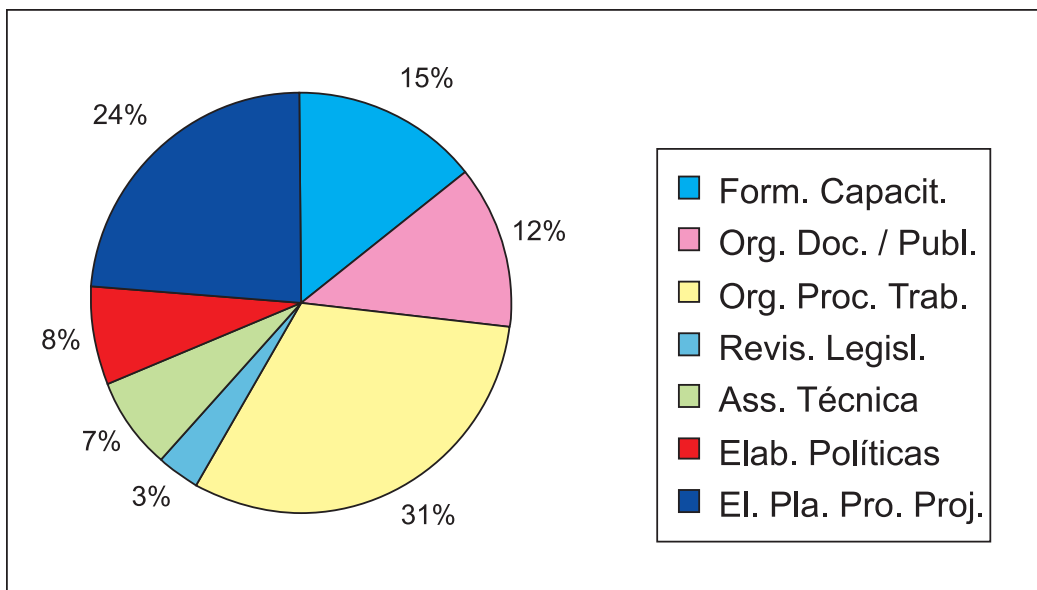
Como resultado da Oficina de Trabalho - Balanço e Perspectivas do Projeto Fortalecimento, além do balanço realizado pela coordenação de cada Secretaria registrado em relatório, foi proposto um seminário nacional para o final de 2002 com os temas definidos na Oficina e a publicação do processo de trabalho do projeto e das experiências de cada Secretaria de Saúde, o que possibilita a instalação de uma rede de cooperação técnica.

O Plano de Trabalho reflete as demandas priorizadas e pactuadas na área de organização e da gestão da SES para serem desenvolvidas pela Empresa Consultora, os gastos segundo a natureza dos produtos nas 10 Secretarias Estaduais de Saúde são apresentados a seguir.

### Gastos Previstos do Plano de Trabalho Pactuado segundo os Eixos Prioritários de Atuação do Projeto (%)



### Gastos com Produtos Finais segundo a Natureza (%)



O processo de avaliação de resultados do Projeto Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde está em fase de construção pelo grupo assessor, que tem a função de apoiar tecnicamente a implantação do Projeto nos estados. Um sistema específico por curso foi elaborado para a avaliação dos programas pelos seus organizadores nos estados, considerando que os cursos estão em andamento, estão sendo realizados o monitoramento e a supervisão daqueles em estágio mais avançado. Atualmente, 74 cursos de especialização encontram-se em diferentes

estágios de execução. O projeto beneficia 2.342 profissionais estaduais e municipais e envolve 42 instituições de ensino das cinco regiões do país.

<b>CURSOS POR REGIÃO, ESTADO E INSTITUIÇÃO FORMADORA</b>				
<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Nº de cursos</b>	<b>Instituição de Ensino</b>	<b>Nº de alunos</b>
<b>Norte</b>	AC	1	Fundação de Apoio e Desenv. ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade no Acre	35
	AP	1	Universidade Federal do Amapá	30
	AM	2	Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública	50
			Universidade do Estado do Pará	69
	PA	4	Universidade Federal do Pará	68
			Universidade Federal do Pará	68
RO	2	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Rondônia	80	
RR	1	Secretaria de Estado de Saúde de Roraima	31	
<b>Nordeste</b>	AL	2	Fundação de Desenvolvimento de Extensão e Pesquisa	89
	BA	6	Centro de Estudos e Projetos em Saúde	179
			Escola de Saúde Pública do Ceará	36
			Centro de Treinamento e Desenvolvimento - CETREDE	25
			Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia	30
	CE	4	Fundação Universidade do Ceará	30
			Fundação Universidade do Ceará	30
	MA	3	Fundação Sousaândrade - Universidade Federal do Maranhão	105
	PB	2	Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão	60
	PE	4	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães	122
	PI	2	Fundação de Desenvolvimento e Apoio à Pesquisa, Ensino e Extensão do Piauí	50
RN	2	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN	50	
<b>Sudeste</b>	ES	2	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo	60
	MG	7	Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior no Norte de Minas	35
			Fundação Ezequiel Dias	68
			Fundação de Apoio e Desenvolvimento ao Ensino, Pesquisa e Extensão - UFJF	38
			Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais	101
	SP	12	Universidade de Medicina de Marília	35
			Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	35
			Faculdade de Medicina do ABC	105
			Santa Casa - FCMSCSP	35
			Unesp - Botucatu	35
			Unicamp	70
			Universidade de Taubaté	35
	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	35		
<b>Sul</b>	PR	4	Instituto de Saúde do Paraná/Escola de Saúde Pública do Paraná	57
			Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva	61
	RS	5	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	180
SC	3	Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária	80	
<b>Centro Oeste</b>	GO	3	Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da UFG	78
	MS	2	SES/Escola de Saúde Pública "Dr. Jorge David Nasser"	60
<b>Total</b>		<b>74</b>		<b>2342</b>

## Desafios e perspectivas

Os desafios enfrentados para a reestruturação do sistema de saúde trazem à tona a discussão sobre as reformas do setor público em curso no Brasil, em que se define um novo papel de Estado, com predomínio do exercício das funções de financiamento e regulação. O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, em momento particularmente marcado pela regionalização do Sistema, exige das SES, como gestoras do SUS, o desempenho de novas atribuições.

Reduzir o descompasso entre o processo de descentralização e a capacidade técnica para a gestão de sistemas e serviços de saúde são desafios presentes no processo de consolidação do SUS. Resultados positivos apontaram para esse conjunto de iniciativas, ao apresentar projetos consistentes em sua concepção e com resultados avaliados pelos gestores das Secretarias Estaduais de Saúde.

O desafio será de ampliar sua ação aos demais estados que não puderam ser objeto dessa iniciativa no momento de sua implantação. A sua revisão, a partir da análise dos resultados dos instrumentos de avaliação em construção, contribuirá para maior sustentação do SUS ao definir o papel das SES, fortalecendo seu processo de gestão e qualificando as equipes gestoras estaduais. Seus resultados, entre outros, deverão apontar para novos desenhos de organização da oferta de serviços, mediante a inclusão de grupos e a incorporação de ações que respondam a complexidade do objeto de saúde, apresentando respostas aos novos desenhos do modelo de gestão e aos limites dos modelos assistenciais vigentes.

A sistemática de construção conjunta de currículos, a partir do conhecimento e conciliação de interesses e necessidades de formação e institucionais, deu início a um processo extensivo de qualificação de quadros municipais, estaduais e nacional. É necessário desenvolver capacidades de formação das instituições distribuídas pelo país para atender às demandas atuais e futuras dos governos para o avanço do Sistema como um todo.

Nesse sentido, um grande desafio ultrapassa os objetivos mais específicos do Projeto Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde: a manutenção e fortalecimento dos vínculos criados com as instituições voltadas à formação de recursos humanos para o setor saúde na perspectiva da gestão pública. A formação de uma rede de instituições com potencial para atender às necessidades dos gestores do SUS é também permeada pela construção de um perfil de formação com conteúdos nacionais que incorporem as demandas apresentadas pelas necessidades locais.

**Coordenadores de Áreas Técnicas, Programas e  
Projetos da Secretaria de Políticas de Saúde**

**Coordenadora do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde**  
*Regina Celles da Rosa Stella*

**Gerente Técnico de Assistência Farmacêutica Básica**  
*Carlos Alberto Pereira Gomes*

**Coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal**  
*Antonio Dercy Silveira Filho*

**Coordenador do Plano de Reorganização da Atenção  
à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**  
*Carlos Alberto Machado*

**Coordenador da Área Técnica de Dermatologia Sanitária**  
*Gerson Fernando Mendes Pereira*

**Coordenador do Programa de Prevenção e Controle de DST/Aids**  
*Paulo Roberto Teixeira*

**Coordenador do Programa Nacional para a  
Prevenção e Controle das Hepatites Virais**  
*Antonio Carlos de Castro Toledo Junior*

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde do Trabalhador**  
*Jacinta de Fátima Senna da Silva*

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Criança**  
*Ana Goretti Kalume Maranhão*

**Coordenadora da Área Técnica do Adolescente e Jovem**  
*Marinês Teixeira Fonseca Santos*

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher**  
*Tânia Di Giácomo do Lago*

**Coordenador do Projeto de Promoção da Saúde**  
*Maria do Socorro Alves Lemos*

