Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

Relatório da Saúde à Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas

Outubro de 2002

I - O Sistema de Saúde Brasileiro

1. Política Nacional de Saúde

A Política de Saúde brasileira está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no País, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema, regulamentado em 1990 (1), tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. A iniciativa privada presta igualmente serviços à população, mas sua participação tem caráter complementar. O SUS tem como diretrizes operacionais: a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da comunidade.

Para harmonizar o desenvolvimento do SUS nos três níveis de gestão governamental foram propostas e operam regularmente duas instâncias de negociação e pactuação. A primeira, no nível federal, com representação paritária do Ministério da Saúde e dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, no nível estadual, com representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. A participação social no âmbito do SUS tem lugar, principalmente, em duas instâncias formais: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos têm caráter permanente e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. As Conferências são convocadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos sociais interessados, com o propósito de analisar os avanços e deficiências no âmbito da saúde e propor diretrizes para as políticas públicas no setor. Os Conselhos e as Conferências possuem representação de diferentes instâncias de governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e dos usuários, estes últimos com participação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (1). Os Conselhos estão organizados nos níveis federal, estadual e em 98% dos municípios brasileiros. As instituições e profissionais que lidam com a Criança e o Adolescente não têm representação própria no SUS, embora a saúde e o bem-estar de Crianças e Adolescentes constituam uma temática que perpassa as preocupações do plenário e das diversas comissões que avaliam e propõem diretrizes estratégicas que visam garantir os direitos da população brasileira.

No quadriênio 1996-1999 (2), os objetivos essenciais na área de saúde voltaram-se para a melhoria do quadro sanitário – com ênfase na redução da mortalidade na infância – e para a reorganização político-institucional do setor, com vistas ao aperfeiçoamento da capacidade operacional do SUS. O Plano quadrienal para o período subseqüente (2000-2003) reforça os objetivos anteriores e ressalta medidas que visam garantir o acesso a ações e serviços, humanizar o atendimento e consolidar a descentralização da gestão do SUS (3).

A partir de 1998, um determinado montante dos recursos tem sido destinado exclusivamente a custear ações de nível básico. Este montante, denominado Piso da Atenção Básica (4), conta com duas parcelas de recursos: uma fixa, definida por valor *per capita;* e outra variável, destinada a incentivar atividades de cunho estratégico (vigilância epidemiológica e controle de doenças, combate a carências nutricionais, vigilância sanitária, assistência farmacêutica básica, saúde da família e agentes comunitários de saúde). Esta sistemática propiciou a duplicação dos recursos destinados à atenção básica, e contribuiu para corrigir distorções no gasto *per capita* com procedimentos ambulatoriais (4). Esta reestruturação visou eliminar o desperdício de recursos e aumentar a eficiência do sistema, sobretudo com relação aos grupos em situação de pobreza, que vivem nas Regiões Norte e Nordeste e nas cidades do interior do país.

A estrutura descentralizada do SUS carece, ainda hoje, de mecanismos, de fato, eficientes e consolidados de referenciamento, de modo a fazer com que determinados serviços, disponíveis em municípios de maior porte e em estágio mais avançado de desenvolvimento, possam se tornar acessíveis a municípios de menor porte e/ou menor renda *per capita.* Uma nova diretriz normativa instituída em 2001 – Norma Operacional da Assistência à Saúde (5) – atribui às secretarias estaduais de saúde a elaboração e implementação dos planos diretores de regionalização, que estruturam e Norteiam as ações de subconjuntos de municípios operacionalmente articulados na atenção integral à saúde. Outra iniciativa de regionalização consiste na criação de consórcios de saúde, associando recursos de vários municípios contíguos. Em 1999, estavam em funcionamento 143 consórcios, envolvendo 1.740 municípios (6), sobretudo no Sul e no Sudeste.

1.1. Organização institucional do Setor Saúde

O setor saúde no Brasil é constituído por uma rede complexa de serviços, envolvendo provedores e financiadores, vinculados aos segmentos público e privado. Cerca de 75% dos serviços prestados à população correspondem a ações do SUS (7), que possui abrangência nacional. Os restantes 25% são prestados por empresas privadas com finalidade lucrativa e por instituições comunitárias e filantrópicas. A rede SUS compreende unidades próprias – governamentais – e estabelecimentos privados contratados para a prestação de serviços, sendo 80% das unidades hospitalares que integram o SUS de natureza privada. Estima-se que 25% da população brasileira tenha cobertura de pelo menos um plano de saúde, e que 75% dos planos sejam vinculados a operadoras comerciais e a empresas com planos de auto-gestão (7).

O controle do exercício profissional nas diversas carreiras de saúde é atribuição dos conselhos profissionais, que mantêm órgãos regionais. O exercício profissional é autorizado mediante apresentação do diploma de conclusão do curso, expedido por universidade ou escola técnica, sendo exigida a inscrição (referendada anualmente) por parte de cada profissional junto ao seu respectivo conselho.

A assistência prestada por planos privados está sujeita, desde 1998, a critérios de regulação, normatização, controle e fiscalização, dispostos em legislação específica (8), sob a coordenação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esta Agência monitora a evolução de preços de planos privados, seus prestadores e insumos, em articulação com os órgãos de defesa do consumidor (9).

A fiscalização e controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços de interesse para a saúde, inclusive no que se refere a ambientes, processos, insumos e tecnologias, é exercida pelos órgãos federais, estaduais e municipais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sob a coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

1.2. Ações de prevenção, atenção e controle

O SUS tem priorizado o fortalecimento da atenção básica à saúde, tendo como principal estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido pelas secretarias municipais de saúde, de forma pactuada com os estados e o MS. O Programa foi implantado em 1994, e está centrado na atuação de agentes comunitários de saúde. O PSF contempla a organização do trabalho de equipes locais que contam com médico, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários. Cada equipe de saúde da família tem a seu encargo cerca de 1.000 famílias.

Em maio de 2002, havia no País 15.201 equipes de saúde da família, atendendo 50 milhões de pessoas, em 4.914 municípios. Até o final de 2002, o PSF deverá beneficiar 70 milhões de habitantes. Embora não necessariamente vinculados às equipes do PSF, cerca de 145 mil agentes comunitários de saúde visitam regularmente 73 milhões de pessoas, em 4.610 municípios (4). No

ano de 2000, o Conselho Federal de Medicina identificou 1200 municípios que não dispunham de médicos. Para fortalecer o PSF e estimular a atuação de profissionais médicos e enfermeiros em áreas carentes, foi instituído, em fevereiro de 2001, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Este Programa, que, em 2002, conta com a participação de mais de 1000 profissionais médicos e de enfermagem, oferece incentivos aos profissionais, como bolsa, moradia, alimentação, transporte, curso de especialização em saúde da família, tutoria, supervisão continuada, equipamentos de informática e material bibliográfico.

As ações de prevenção e controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública seguem normas estabelecidas por estruturas técnicas especializadas do Ministério da Saúde, sob a forma de planos e programas executados nas instâncias municipais e estaduais do SUS. O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), coordena o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, responsável por informações e análises relativas ao quadro sanitário do País. Em 1999, foram atualizadas as instruções técnico-operacionais de vigilância epidemiológica (10) e a relação das doenças de notificação compulsória em todo o território nacional (11). Informações técnicas relevantes são amplamente disseminadas por via impressa e eletrônica (12). O Cenepi coordena ainda os Sistemas Nacionais de Informação de Mortalidade, Nascimentos e de Notificação de Doenças e Agravos, além do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, atualmente em fase de reestruturação (13).

A Funasa desenvolve, desde 1999, o Projeto Vigisus (14), que conta com recursos oriundos de empréstimo do Banco Mundial, no valor de 600 milhões de dólares. O Projeto Vigisus conta com os seguintes componentes: vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, saúde indígena e controle de doenças na Amazônia. Os recursos do Projeto são destinados à melhoria da infra-estrutura operacional – informações, apoio laboratorial, comunicações e transporte –, à capacitação de recursos humanos e à realização de estudos e pesquisas.

As ações de saneamento básico são de responsabilidade dos governos municipais, mas, na maioria dos casos, estes serviços são prestados pelas companhias estaduais de saneamento. O governo federal tem função preponderante no financiamento do sistema, mediante o aporte de recursos orçamentários regulares e linhas de crédito derivadas de contribuições de empregadores e trabalhadores para o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. A Funasa desenvolve ações de saneamento vinculadas ao controle de agravos associados às condições ambientais, mediante a descentralização de recursos para estados e municípios. Entre 1995 e 1999, foram aplicados cerca de 400 milhões de dólares em 3.500 municípios brasileiros, 80% deles com menos de 30 mil habitantes, beneficiando 11 milhões de pessoas.

1.3. Insumos para a Saúde

Medicamentos. O Brasil situa-se entre os 10 maiores mercados consumidores de medicamentos, com uma participação da ordem de 3,5% do volume mundial. O faturamento bruto do mercado interno foi de 8,5 bilhões de dólares em 1999.

Em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (19), que visa garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, racionalidade de uso e acesso da população a produtos essenciais. Sua implementação pressupõe a gestão descentralizada de recursos, com base numa relação nacional de medicamentos essenciais e um elenco mínimo de produtos de suprimento obrigatório. O financiamento da assistência farmacêutica básica é compartilhado pelas três esferas de governo. A aquisição e distribuição de medicamentos estão a cargo de estados e municípios, cabendo ao governo federal tomar disponíveis produtos estratégicos (anti-retrovirais, hemoderivados e antimicrobianos especiais). Para ampliar o acesso da população a medicamentos, foi incentivada a comercialização de produtos genéricos (20), de custo médio 40% inferior aos valores de referência. Em fevereiro de 2000, 14 indústrias estavam autorizadas a

produzir genéricos, com cerca de 200 medicamentos genéricos registrados, com 601 apresentações.

Imunobiológicos. O parque produtor nacional de imunobiológicos é constituído de laboratórios públicos, com tradição na fabricação de vacinas e soros utilizados em programas oficiais. Entre 1995 e 2000, o Ministério da Saúde investiu cerca de 120 milhões de dólares no desenvolvimento da capacidade desses laboratórios, fazendo com que, ao final do período, a oferta de produtos atendesse plenamente às necessidades de vacinas contra tuberculose, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, febre amarela, raiva humana e canina, e também de soros heterólogos (antiofídico, antitetânico, antidiftérico e anti-rábico). Em 2000, foram adquiridos pelo Programa Nacional de Imunização diferentes produtos – vacinas, imunoglobulinas e soros – num total de 322 milhões de doses, das quais cerca de 193 milhões (60%) foram fabricadas no País. Cada lote de produtos adquiridos para o Programa, inclusive importados, é submetido ao controle de qualidade do laboratório nacional de referência. Como parte das atividades de garantia da qualidade, o processo de registro foi padronizado, tendo sido implantado um programa de inspeção de produtores e importadores de biológicos, integrado ao sistema de vigilância sanitária.

Sangue e Hemoderivados. Exceção feita às iniciativas individuais de diferentes serviços de saúde, o controle sistemático da qualidade do sangue transfundido foi iniciado em 1980, com o incentivo à doação voluntária e a implantação de uma aparelhada rede pública de hemocentros. Em 1999, esta rede era constituída por 26 hemocentros coordenadores, localizados nas capitais dos estados, e por 44 hemocentros regionais. Estas unidades estão submetidas a inspeções periódicas, a cargo de profissionais habilitados em cursos nacionais. Há ainda um sistema voluntário de avaliação de desempenho, organizado desde 1996 pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, com o apoio do Ministério da Saúde.

O Programa de Garantia da Qualidade do Sangue, criado em 1998, vem desenvolvendo 13 projetos de fortalecimento da infra-estrutura e operação da rede, com investimentos que totalizarão cerca de 500 milhões de dólares em 2003. Um destes projetos objetiva a auto-suficiência em hemoderivados, mediante processamento do plasma excedente e implantação de plantas industriais.

Equipamentos médico-hospitalares. O consumo de equipamentos e artigos médico-hospitalares atingiu cerca de 3,5 bilhões de dólares em 1999. A indústria nacional supriu cerca de 45% da demanda interna, com participação paritária dos setores público e privado. A base desse parque industrial está localizada nas regiões Sudeste e Sul do País, onde se concentram cerca de 60% dos equipamentos de alta complexidade tecnológica (22).

Uma análise realizada em 2000 pelo setor saúde (23) mostra que, a despeito de avanços na capacitação de recursos humanos e na obrigatoriedade de certificação dos equipamentos comercializados, não existem levantamentos sobre a quantidade e a qualidade dos equipamentos médico-hospitalares utilizados na rede pública, e que se faz necessário adotar uma linguagem comum que permita a articulação dos sistemas público e privado. Ademais, ainda não foi instituída uma política básica para a avaliação e incorporação de novas tecnologias.

1.4. Recursos Humanos em Saúde

Em 1999, estavam registrados no País cerca de 237 mil médicos, 145 mil dentistas, 77 mil enfermeiros, 26 mil nutricionistas e 56 mil veterinários (24). A média nacional era de 1,4 médico para cada mil habitantes, com forte concentração no Sudeste (2,1) e baixa densidade de médicos no Norte (0,6) e Nordeste (0,8). Dentistas e enfermeiros se distribuíam de forma semelhante.

A desproporção entre o total de médicos e enfermeiros reSulta do emprego de categorias auxiliares, que executam a maior parte do trabalho em enfermagem no Brasil. Entre 1992 e 1999,

a oferta de postos de trabalho experimentou importante incremento, sobretudo para profissionais de reabilitação (150%), com um crescimento não tão pronunciado, mas expressivo, da oferta de postos de enfermagem (69%) e postos de trabalho para médicos (40%). A participação do setor público no emprego em saúde é maior nas regiões Norte (54% dos postos de trabalho, em 1999) e Nordeste (62%), contra apenas 38% no Sul.

No âmbito do presente relatório, cabe ressaltar a distribuição bastante desigual nas diferentes regiões brasileiras de obstetras e anestesistas, com forte presença destes profissionais nas instituições situadas no Sudeste do Brasil, profissionais, contudo, ausentes em quase 50% dos estabelecimentos da região Norte.

Quanto à presença de pediatras, o déficit é grande em todo país, observando-se que 74% das unidades de saúde que prestavam atendimento obstétrico em 1999 não contavam com pediatras nas suas equipes, sem que fossem observadas grandes variações regionais.

Os cursos de formação de pessoal de nível superior são mantidos por instituições públicas e privadas, com uma crescente participação de instituições privadas, de caráter lucrativo ou comunitário-filantrópico. Em 1998, 7.616 profissionais se graduaram em medicina, 5.447 em enfermagem e 7.710 em odontologia.

Estima-se que 1,4 milhão de postos de trabalho em funções de saúde sejam ocupados por pessoal de nível técnico e auxiliar, e que cerca de 225 mil destes trabalhadores não estejam devidamente preparados e certificados para a função. Em 1999, estavam em funcionamento no país 703 cursos de técnicos e auxiliares de saúde, que formaram 29 mil alunos (26). Está sendo desenvolvido um amplo projeto de financiamento e cooperação técnica para a formação de trabalhadores na área de enfermagem, que visa reduzir o déficit nacional de pessoal auxiliar qualificado, diminuir o risco de práticas inadequadas e contribuir para a regularização do exercício profissional. O custo deste projeto é de 370 milhões de dólares, dos quais 185 milhões financiados pelo BID (27). Mais de 8.500 enfermeiros já vêm sendo treinados em cursos à distância, coordenados pela Escola Nacional de Saúde Pública do MS, em consórcio com as Faculdades de Enfermagem. Estes enfermeiros deverão atuar como tutores na preparação do pessoal técnico e auxiliar de enfermagem. A previsão é de que uma rede de 197 instituições formará 225.000 técnicos e auxiliares de enfermagem até o ano de 2004.

Grandes investimentos vêm também sendo feitos na formação de gestores para o SUS em cursos de especialização e aperfeiçoamento à distância, por consórcios de instituições acadêmicas, voltadas para a capacitação no âmbito da gestão pública da saúde. Atualmente, mais de 4.000 alunos estão inscritos em cursos desta natureza e 612 concluíram sua formação.

As equipes do PSF são preparadas em cursos de especialização desenvolvidos pelos pólos de capacitação, criados com esta finalidade, em Universidades, Escolas Estaduais de Saúde Pública e Secretarias Municipais de Saúde, com o apoio financeiro do MS. De 1998 a 2001, o número de cursos de especialização, residência médica e de aperfeiçoamento totalizou 6.243, correspondendo a 164.584 egressos.

Além destes cursos, o MS promove treinamentos de pessoal voltados especificamente para o desenvolvimento de ações programáticas implementadas na rede assistencial. Na década de 90, um grande número de cursos proporcionou suporte aos programas de imunização, controle das diarréias infecciosas da infância, doenças respiratórias, estímulo ao aleitamento materno (Iniciativa "Hospital Amigo da Criança", Bancos de Leite Humano, Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, dentre outros), AIDS, vigilância epidemiológica e sanitária. Mais recentemente, a qualificação profissional para o atendimento aos recém-nascidos de risco e humanização do parto (atualização em cuidados intensivos neonatais, "Método Canguru") vem sendo priorizada, bem como a qualificação para o programa de combate ao fumo.

1.5. Oferta e utilização de serviços de saúde no âmbito do SUS

A organização de serviços de atenção à saúde das pessoas no Brasil está marcada pela forte presença do setor privado na oferta de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e terapia e, ao mesmo tempo, pela marcante presença do setor público na oferta de serviços ambulatoriais. Em 1999, 66% dos 7.806 hospitais, 70% dos 485 mil leitos e 87% dos 723 hospitais especializados do País pertenciam ao setor privado (15). Desde 1992 (16), ocorreu retração de 11% no número de leitos do setor privado, com crescimento simultâneo de 6,2% do setor público.

A atenção hospitalar do SUS compreendeu 11.756.354 internações em 2001, com um custo de aproximadamente 5 bilhões de reais e uma permanência média de 6,2 dias nos leitos de internação. As internações pediátricas, neste ano, corresponderam a 15% deste total e a aproximadamente 12% do custo agregado destas internações, com permanência média de 5,2 dias.

A principal causa de internação no âmbito do SUS foi o parto, com uma permanência média de 2,2 dias para procedimentos na esfera da obstetrícia. Além da assistência obstétrica propriamente dita, a atenção ao recém-nascido se reveste de grande importância. No Brasil existem, em média, 22 leitos para cada 1000 nascidos vivos, sem desigualdades regionais dignas de nota.

A atenção ambulatorial no SUS é classificada em atenção básica – que inclui medidas preventivas como as imunizações –, atenção especializada – envolvendo profissionais especialistas –, e atenção de alta complexidade – baseada no uso de equipamentos ou tecnologias mais complexas. Em 1999, a rede ambulatorial realizou 196 milhões de conSultas médicas no âmbito da atenção básica e 120 milhões na especializada, perfazendo cerca de duas conSultas por habitante (17).

Em relação à utilização dos serviços de saúde, as informações do Sistema de Informações Hospitalares mostram que existem diferenciais importantes por Grande Região. Especificamente para as crianças menores de 10 anos, apresentam-se, na Tabela 1, a distribuição das internações do SUS, por Grande Região, em 1999, comparada à distribuição populacional, além de indicadores de cobertura e utilização de serviços de saúde. Considerando-se o percentual de hospitalizações no SUS, verifica-se que o Sul, o Centro-Oeste e o Nordeste utilizaram a rede hospitalar em uma proporção ligeiramente superior à da sua proporcionalidade populacional, enquanto o Norte e o Sudeste em proporção algo inferior. Sob a ótica dos custos, observa-se que o Norte e Nordeste se situaram abaixo da distribuição esperada em uma perspectiva eqüitativa, enquanto todas as demais regiões apresentam proporções acima da sua quota, de acordo com a distribuição populacional. Neste sentido, chama a atenção a região Sul, que representa 14,0% da população do país, mas consumiu 20,4% dos recursos do SUS para hospitalizações. Esses dados levam a concluir que os problemas de saúde ou a natureza dos procedimentos diagnóstico/terapêuticos utilizados são distintos por região, uma vez que os valores pagos são os mesmos para toda a rede hospitalar.

Ainda observando os dados da Tabela 1, pode-se também constatar que a proporção de famílias que possuem o seguro privado de saúde, e que contam, portanto, com uma rede alternativa ou complementar de assistência médica, é bastante heterogênea entre as regiões. Enquanto no Sudeste a proporção de famílias que possuem seguro privado de saúde é de 34%, no Nordeste este percentual atinge o menor valor, de 13,3%. Os percentuais para a região Norte, com 17%, são ligeiramente superiores aos observados para o Nordeste, mas correspondem à metade dos valores registrados para o Sudeste.

Uma apreciação do conjunto dos dados apresentados na Tabela 1 leva à constatação de que existem imensas desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde por parte da população de crianças das regiões Norte e Nordeste, as mais desfavorecidas socialmente do País. Nestas regiões, onde a esmagadora maioria da população conta apenas com os serviços públicos de

saúde, a cobertura do SUS é relativamente menor e de mais baixo custo, provavelmente por prestar serviços de menor complexidade frente às demais áreas geográficas. Exatamente nas regiões de mais alto risco de adoecimento e morte prematura, a oferta de serviços é menor, reproduzindo a lei do cuidado invertido.

1.6. Gasto Público em Saúde

Estimativas efetuadas para o período 1995-2000 (Tabela 2), indicam que o gasto total com saúde como percentagem do PIB experimentou incrementos anuais, passando de 7,7%, em 1995, para 8,7%, em 2000. Nesse período, o gasto público representou aproximadamente 40% do total, correspondendo os restantes 60% ao gasto privado. O gasto total estimado *per capita,* segundo o valor médio do dólar em cada ano do período, experimentou aumentos nos primeiros três anos do período e diminuições nos anos subseqüentes.

A participação média dos recursos do MS no total do gasto público correspondeu, nos anos 90, a, aproximadamente, 60% do total de gastos, cabendo aos governos estaduais e municipais partes idênticas dos 40% restantes (28).

As principais fontes de financiamento do MS foram: a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) – imposto que incide sobre o faturamento das empresas –, a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Pessoas Jurídicas (CSLL) e, a partir de 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). Cabe destacar a baixa participação dos Recursos Ordinários (RO), provenientes de impostos gerais, e a suspensão dos repasses dos recursos arrecadados pela Previdência Social através da Contribuição das Empresas e dos Trabalhadores para a Seguridade Social.

Em relação à distribuição do gasto do MS, devem ser diferenciadas duas dimensões. A primeira refere-se à distribuição de recursos segundo subprogramas, destacando-se a participação do subprograma "Assistência Médico-Sanitária", que inclui os recursos destinados aos serviços ambulatoriais e hospitalares, correspondendo, no período 1993-98, a uma faixa de 55,9-72,1% do total de dispêndios. Verifica-se, por outro lado, a baixa participação dos subprogramas de caráter preventivo e interesse coletivo, como os subprogramas de Controle de Doenças Transmissíveis, Vigilância Sanitária e Saneamento Básico.

A segunda dimensão refere-se à alocação geográfica dos recursos financeiros do MS. A comparação entre a alocação efetuada pelo MS e aquela estimada a partir de metodologias que incorporam indicadores das necessidades populacionais por serviços de saúde (29) permitiu verificar que a alocação realizada pelo MS em 1999, entre áreas geográficas, não foi eqüitativa. Se os recursos financeiros destinados ao financiamento dos serviços de saúde fossem alocados a partir das necessidades relativas das distintas áreas geográficas, existiria uma redistribuição dos recursos da maior parte dos estados das Regiões Sudeste e Sul e do Distrito Federal em favor dos estados das Regiões Norte e Nordeste. Essa tendência começa a ser invertida a partir de 2000, com a maior participação do PSF no gasto total da saúde, com ações desenvolvidas preferencialmente nos estados do Norte e Nordeste.

Em relação ao gasto federal com a saúde da criança e do adolescente, estimativas referentes a 1993 mostraram que o gasto *per capita* com esta população foi de aproximadamente US$ 43.00 (30). Cabe destacar a inexistência de estimativas para os demais anos da década de 90. Entretanto, tomando como base o gasto do MS em 1999, pode-se estimar que o dispêndio com a saúde da criança e do adolescente foi de aproximadamente US$ 39 *per capita (*Tabela 3).

1.7. Informações em Saúde

Diversos sistemas de informação de base nacional – mortalidade, morbidade, natalidade e produção de serviços – foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e estão disponíveis em meio eletrônico ou magnético, assim como informações epidemiológicas sobre a situação de doenças e agravos à saúde, no *site* do DATASUS (www.datasus.gov.br). A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (OMS, 1995) foi oficialmente adotada no Brasil, em 1996, para mortalidade e, em 1998, para morbidade, tendo sido publicados quadros de equivalência entre a CID-10 e a classificação anterior (CID-9), assim como análises críticas da evolução destas classificações, assegurando a continuidade de séries históricas. Informações demográficas e socioeconômicas também vêm sendo amplamente disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que tem ainda a responsabilidade da divulgação das informações de registro dos eventos vitais no Brasil.

Com o propósito de aperfeiçoar o uso de informações das diversas fontes, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde, um processo de articulação conformado em uma Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), envolvendo um conjunto expressivo de entidades para a produção, análise e disseminação de informações necessárias à melhor compreensão das condições de saúde no Brasil, a partir de indicadores selecionados.

Mortalidade. Criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da declaração de óbito (DO) em todo o território nacional, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS) processa anualmente, em todo o País, quase um milhão de óbitos. Estima-se que sua cobertura média tenha alcançado 82%, em 1999, alcançando seu valor mais baixo na região Nordeste (61%). A sub-enumeração de óbitos diz respeito, principalmente, à ocorrência de sepultamentos sem a exigência de certidão, em cemitérios não oficiais. Estudos recentes de busca ativa de óbitos nas regiões Norte e Nordeste mostram que o sub-registro de óbitos entre as crianças menores de um ano e a sub-enumeração dos nascimentos são ainda bastante relevantes, embora com tendência de diminuição, a partir da incorporação de dados de fontes complementares, como a notificação de óbitos pelo Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), por parte de agentes comunitários de saúde.

Morbidade. Os dados de morbidade hospitalar são derivados de sistema de informação de base nacional, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abrange os estabelecimentos que prestam serviços ao sistema público de saúde. O sistema abrange cerca de 12 milhões de internações anuais, das quais 25% devidas a causas ligadas à gravidez, parto e puerpério.

Diferentemente das estatísticas de mortalidade, os registros de internações hospitalares disponibilizados pelo DATASUS não têm cobertura universal porque se restringem à parcela da população que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), excluindo, portanto, o segmento populacional que dispõe de maior poder aquisitivo e pode pagar pelo seguro privado de saúde. Uma outra característica do sistema de internações hospitalares é que as hospitalizações podem ser computadas mais de uma vez com referência a um mesmo indivíduo, em um dado período de tempo, o que pode majorar a representação de algumas doenças como, por exemplo, as doenças crônicas e, por conseqüência, sub-representar, relativamente, as doenças agudas, principalmente aquelas de grande letalidade.

Ainda assim, trata-se de uma informação valiosa, não apenas para o planejamento e avaliação da própria assistência hospitalar, mas também porque, do ponto de vista epidemiológico, permite a inclusão de agravos importantes e patologias freqüentes, que causam sofrimento e perda de produtividade, mas que não são graves o suficiente para figurarem, diretamente, como causas de morte.

Natalidade. O Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem como base a declaração de nascimento, documento cuja emissão é considerada obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto. Diferentemente do sistema de nascimentos do Registro Civil, cujo objetivo principal é a contagem do número de registros de nascimentos, o SINASC tem como propósito caracterizar as condições de nascimento, de acordo com alguns fatores como: peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e paridade, fatores estes que, reconhecidamente, influenciam a situação de saúde da criança.

O SINASC foi implantado na década de 90 e apresentou, em 1999, cobertura média nacional estimada em 93%. Atualmente, o sistema representa uma fonte de dados de inestimável valor para orientar as políticas de atenção à gestante e ao recém-nascido nos níveis municipal, estadual e nacional.

2. Atenção à saúde da criança e do adolescente

O investimento em saúde e educação integra uma estratégia voltada para a superação da pobreza e da exclusão social a que estão submetidos milhões de brasileiros, constituindo uma meta do governo rumo a uma nação mais justa.

A década de 90 trouxe um redirecionamento da política social com o objetivo de eliminar os desperdícios e aumentar a eficiência, promover a descentralização, universalizar a cobertura e, sobretudo, reestruturar benefícios e serviços, com o propósito de aumentar seu impacto redistributivo, por meio de ações básicas. As ações de proteção à criança e ao adolescente se inscrevem em uma reorientação geral das políticas focais desenvolvidas pelo governo, que enfatizam a abordagem multisetorial.

2.1. Programas governamentais em andamento

Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) – Projeto Alvorada. Iniciado em 1995, o PRMI (31) visou ampliar a capacidade do setor saúde em atender de forma integral a criança de zero a cinco anos, através de diversos mecanismos e priorizando as famílias pobres que viviam em municípios com *Índice de Desenvolvimento Humano* inferior a 0,500 ou áreas de estiagem prolongada. Priorizou-se a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em todo o país, incluindo a qualificação de RH para o adequado desenvolvimento dessas ações. A partir da segunda metade da década, foram enfatizadas as condições de atenção ao parto e nascimento, em função do deslocamento progressivo da mortalidade infantil do componente pós-neonatal para os componentes neo e perinatal. Este programa foi posteriormente incorporado ao Projeto Alvorada, que inclui objetivos mais amplos de integração de vários Ministérios, sem especificação das faixas etárias de sua atuação. As seguintes iniciativas integraram o PRMI, e, posteriormente, compuseram o Projeto Alvorada:

Atenção à gestação e ao parto. No Brasil, a assistência pré-natal atinge 93% das gestantes, sem grandes variações regionais. O atendimento ao parto é predominantemente hospitalar. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, no ano de 2000, nasceram 3.205.108 crianças. Apenas 3,3% delas nasceram fora do ambiente hospitalar, 2,0% em via pública, a caminho de um serviço de saúde, e 1,3% em domicílios. Nas regiões Norte e Nordeste, as mais carentes, estes últimos percentuais sobem para 4,5 e 3,0%, respectivamente. A prática excessiva de partos operatórios no país, em torno de 40% do total de partos, em 1995, com expressivas diferenças regionais (24% no Nordeste e 45% no Sudeste), levou o MS a tomar algumas iniciativas, com o objetivo de estimular a prática do parto normal (32) e restringir a incidência de partos cesáreos nos hospitais do SUS (33).

Paralelamente a essas medidas, a montagem de unidades de cuidado perinatal intermediário e intensivo (34) e a acreditação de maternidades (35) vêm sendo estimuladas, visando melhorar a qualidade da atenção prestada. Esforços também vêm sendo desenvolvidos no sentido de melhorar o acolhimento das gestantes, através da implantação de procedimentos de humanização da atenção ao parto, com autorização da presença de um acompanhante durante a internação. No contexto brasileiro, a participação da enfermagem obstétrica em partos normais foi autorizada pelo Ministério da Saúde somente a partir de 1998 (36).

Apesar dessas iniciativas, a disponibilidade de leitos para os recém-nascidos é heterogênea nas diferentes regiões e localidades do país, com um aprofundamento destas desigualdades no que diz respeito à oferta de equipamentos especializados para o atendimento neonatal. Em contraste com as Capitais e Regiões Metropolitanas, a área do Interior do país se vê às voltas com importantes deficiências. Há uma grande quantidade de estabelecimentos de saúde de pequeno porte e oferta de berços, mas estes serviços estão mal equipados face às demandas da clientela, especialmente quanto ao manejo do risco neonatal, tanto da perspectiva da estrutura física, dos equipamentos, quanto de pessoal técnico qualificado (37).

Triagem Neonatal. A Triagem Neonatal consiste em um exame feito no recém-nato após 48 horas do nascimento – preferencialmente até o 7º dia de vida –, em que se procura diagnosticar condições mórbidas até então assintomáticas, mas que podem ter seqüelas graves no desenvolvimento posterior do neonato, caso não sejam diagnosticadas e tratadas precocemente.

O direito ao diagnóstico de anormalidades do metabolismo está assegurado no capítulo que trata da saúde do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (38). Esta responsabilidade foi sendo assumida gradativamente pelo governo, até que o Ministério da Saúde publicasse portaria criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (39).

Este Programa implantou-se em 3 etapas, com inclusão progressiva de patologias a serem diagnosticadas, e que devem contar com, ao menos, um serviço diagnóstico de referência em Triagem Neonatal:

Fase I - Hipotireoidismo congênito e Fenilcetonúria

Fase II - Hipotireoidismo congênito, Fenilcetonúria e Hemoglobinopatias

Fase III - Hipotireoidismo congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose cística

Foram cadastrados no Programa, até o momento, 24 dos 27 estados, com 30 Serviços de Referência em Triagem Neonatal, que se adequaram aos padrões necessários à realização dos testes, submetendo-se, inclusive, ao controle de qualidade dos Centers for Disease Control and Prevention – CDC, com sede principal em Atlanta/EUA. Foram estabelecidas as condições para o atendimento às crianças diagnosticadas, com o fornecimento de medicamentos e alimentos especiais.

Segundo dados do DATASUS, no período de janeiro a junho de 2002, foram realizados no país 1.070.010 testes, o equivalente a 71% dos nascidos vivos estimados para o país, o que representa expressiva cobertura.

Método Canguru de assistência humanizada ao recém-nato de baixo peso. Trata-se de uma modalidade de assistência neonatal que propicia a formação do vínculo mãe-filho, a participação ativa da mãe no cuidado do filho de baixo peso e uma alta mais precoce do hospital. O recém-nato de baixo peso fica em contato pele-a-pele precoce e constante com sua mãe, em posição verticalizada, sendo aquecido e amamentado por ela de modo mais confortável e freqüente. Esta proposta de assistência se inicia na unidade neonatal (etapa 1), se estabelece na "enfermaria canguru" (etapa 2), e é finalizada na fase de acompanhamento ambulatorial após a alta (etapa 3). No Brasil, há 260 maternidades de atenção à gestação de alto risco capacitadas no Método Canguru.

Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, criado em 1981, articulou ações governamentais e da sociedade civil nas áreas da saúde, nutrição, educação, comunicação, legislação e trabalho, obtendo conquistas reconhecidas internacionalmente (40). Foi com base nesta experiência, que a Declaração de *Innocenti***,** promulgada na Itália (OMS/UNICEF; 1990) por formuladores de políticas de saúde de governos, por agências e pela ONU, estabeleceu enquanto meta que todos os governos até o ano de 1995 tivessem uma Coordenação Nacional de Aleitamento Materno e um Comitê Nacional Multisetorial de Aleitamento Materno composto de representantes governamentais, não-governamentais e de associações de profissionais de saúde.

Em maio de 2001, o Brasil levou à 54a Assembléia Mundial de Saúde a proposta de recomendar o aleitamento materno exclusivo não mais por um período variável de 4-6 meses, mas sim por 6 meses, o que já vigora em nosso país há mais de 10 anos. A Organização Mundial da Saúde referendou a proposta brasileira, aprovada por unanimidade.

Várias ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias de saúde e a sociedade civil com vistas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esta iniciativa foi lançada pela OMS e UNICEF em 1992, em nível mundial. O Brasil, além do cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, estabeleceu 5 (cinco critérios adicionais de qualidade, um deles o teto para a taxa de partos cesáreos, com vistas ao credenciamento de hospitais "Amigos da Criança". Estes hospitais recebem um acréscimo de R$ 20,00 (vinte reais) em cada procedimento de parto, como reconhecimento da qualidade do serviço prestado (39). Há no país 220 HAC, distribuídos em 23 estados brasileiros (41), os quais são reavaliados anualmente.

Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). A partir de 2000*,* o Ministério da Saúde constituiu uma equipe de conSultores nacionais em aleitamento materno que elaborou material instrucional para capacitação de equipes da rede básica e para a formação de avaliadores da IUBAAM, já testado em 2 estados. Esta Iniciativa será lançada durante a Semana Mundial de Amamentação de 2002, visando mobilizar todas as 37.400 unidades básicas de saúde brasileiras (32) para a adoção dos "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação", da IUBAAM.

Rede de Bancos de Leite Humano (BLH). A Rede de Bancos de Leite Humano do Brasil é a maior e mais complexa do mundo (42). Tal Rede visa apoiar as mães no manejo da amamentação, realizando atividades de coleta do excedente da produção láctea de nutrizes, pasteurização e controle de qualidade do leite humano. O leite, após ser pasteurizado, é distribuído gratuitamente para hospitais que assistem a recém-nascidos de baixo peso, prematuros e doentes. Na Tabela 4, podemos observar a progressão do volume de leite humano coletado, de mães doadoras, de bebês que receberam leite humano dos BLH e de mães assistidas por esta rede no país. Por este trabalho de excelência, o Brasil, recebeu, na pessoa de Dr. João Aprígio Guerra de Almeida, coordenador da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, o "Prêmio Sasakawa da Saúde" da OMS, em 2001. A política nacional de promoção e apoio tem dado lugar a um aumento progressivo do número de crianças alimentadas com leite materno no nosso meio. Embora ainda não tenha alcançado os padrões ideais, houve avanços consideráveis na década de 90. Segundo informações de inquéritos nacionais, no Brasil urbano, a mediana de aleitamento materno passou de 5 meses, em 1989, para 6,7 meses, em 1996, e 9,9 meses, em 1999. Em 1996, no Brasil, 37% dos bebês ainda mamavam em torno de um ano de vida e 15% em torno dos dois anos de vida.

Entretanto, ainda hoje, a introdução de líquidos e alimentos complementares costuma ocorrer precocemente. No que se refere à modalidade de aleitamento exclusivo, metade das crianças estudadas em 1999 não cumpria este critério já aos 30 dias de vida, verificando-se declínio acentuado do aleitamento exclusivo no quarto mês (18%) e no sexto mês de vida (8%).

Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros da Vida. O Programa *Carteiro Amigo* foi lançado em 1999 para a Região Nordeste, com expansão, em 2000, para as regiões Norte e Centro-Oeste. A partir de 2001, passou a se destinar a todos os municípios brasileiros que dispõem de centro de distribuição domiciliar de correspondência. Os carteiros, que no Brasil visitam semanalmente 40 milhões de domicílios, participam como forca auxiliar dos órgãos de saúde, colaborando na diminuição da exclusão social, através desse e outros projetos. No mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação os carteiros vestem uma camiseta alusiva aos benefícios da amamentação e distribuem folhetos com informações que estimulam o aleitamento materno nos domicílios onde residem gestantes e crianças menores de um ano. No ano de 2001, 15.830 carteiros treinados, de 468 municípios brasileiros, levaram informação a cerca de 2 milhões de gestantes e mães de lactentes. Naquele ano, o Projeto Carteiro Amigo recebeu o Premio Hélio Beltrão, no 6° Concurso de Inovações na gestão pública federal.

O Projeto *Bombeiros da Vida*, iniciado em 2002, tem por objetivo expandir para o território nacional a parceria, em curso em alguns municípios brasileiros, entre o Corpo de Bombeiros e os Bancos de Leite Humano. O objetivo do Projeto é aumentar os estoques de leite humano dos BLH do país através da coleta domiciliar de leite humano ordenhado, e apoiar as mães no manejo da amamentação. Este Projeto já está em funcionamento em 9 estados das Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil e no Distrito Federal.

Semana Mundial da Amamentação (SHAM). Lançada pela WABA (Aliança Mundial pela Ação em Amamentação), em 1992 articula vários segmentos da sociedade para a atuação conjunta em campanhas de aleitamento materno, cujos temas variam a cada ano, incluindo educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e saúde. Estas campanhas ocorrem geralmente na primeira semana de outubro.

Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). O Brasil possui legislação própria de regulamentação da produção, distribuição e promoção comercial de alimentos infantis, bicos, mamadeiras e chupetas. A legislação brasileira apresenta avanços em relação ao Código Internacional de Substitutos do Leite Materno. Em 1988, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, visando contribuir para uma adequada nutrição dos lactentes e defendê-los dos riscos associados à não amamentação ou ao desmame precoce. Esta Norma foi aprimorada em 1992 e sua abrangência foi ampliada em 2001, através da Portaria n. 2051, de 8 de novembro de 2001, do Ministério da Saúde, e das Resoluções 221 e 222 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Programa Nacional de Imunização (PNI). Dentre as diversas estratégias adotadas com vistas a alcançar os objetivos do PNI, as campanhas de vacinação representam, certamente, ações da maior importância. As experiências bem sucedidas contra a febre amarela e a varíola que antecedem à década de 70, e, posteriormente, as campanhas contra a paralisia infantil e sarampo são exemplos históricos na saúde pública brasileira. Cabe destacar a participação inter-setorial das instituições e a parceria com a sociedade civil organizada, dentro dos princípios que Norteiam o SUS.

O calendário básico de vacinação corresponde ao elenco de vacinas fundamentais para o controle epidemiológico das doenças imunopreviníveis de interesse prioritário. O calendário brasileiro básico é constituído hoje por 13 produtos (Quadro 1), disponibilizados para a população desde o nascimento até a terceira idade, e distribuídos gratuitamente nas salas de vacinação da rede pública.

Analisando os dados de coberturas vacinais no período de 1995 a 2002, observa-se um incremento da cobertura para todos os imunobiológicos do calendário básico de vacinação em crianças menores de 1 ano de idade, atingindo 95% para a vacina tríplice (DPT) e 100% para a pólio, BCG e sarampo.

A partir de 2001, o país não mais registrou casos autóctones de sarampo. Manteve sob controle a difteria, a coqueluche e as formas graves de tuberculose. Até 2003, será intensificada a vacinação das mulheres em idade fértil, objetivando reduzir ao mínimo os casos de tétano neonatal.

Novas vacinas. A partir de 1999, a vacina contra *Haemophilus influenzae B* está sendo oferecida para. as crianças menores de 2 anos de idade, com implementação progressiva para as faixas etárias mais velhas. Ao final de 2002*,* planeja-se alcançar os menores de 5 anos, incorporando, a partir de então, esta população à rotina de vacinações. Desde 2001, todas as crianças entre 1 a 11 anos têm à disposição a vacina contra a rubéola. Em 2002, passou a integrar a rotina de todo o país a vacinação das mulheres em idade fértil, para a prevenção e o controle da síndrome da rubéola congênita. Outro grande desafio está previsto para 2003, quando será implementada, em todo o país, a vacinação contra hepatite B, com a ampliação da oferta para a população de até 19 anos de idade, mantida a disponibilidade para as populações sob particular risco. Estão contemplados na política de imunização os grupos populacionais especiais, isolados e nômades, como os indígenas, os presidiários e os sem-terra.

Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE. Atualmente, o PNI dispõe de 36 CRIE, distribuídos pelas *27* capitais e algumas cidades de referência regional, interligados a laboratórios de referência nacional. Os CRIE têm como objetivo prover apoio à investigação clínica e laboratorial especializada dos casos em que forem reportados eventos adversos graves associados aos procedimentos de vacinação e garantir o acesso à imunização a populações especiais, portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida e outras condições similares de morbidade (43)

Política de Alimentação e Nutrição. A década de 90 representou um marco na política pública em alimentação e nutrição, com destaque para a participação da sociedade civil que, junto com o governo, elaborou propostas para enfrentar a pobreza e a fome. O processo foi deflagrado em 1992, com a campanha Ação da Cidadania Contra a Fome a Miséria e pela Vida. Uma das mercas desse movimento é a chamada para a participação da sociedade no "Natal sem Fome", que em 2001 distribuiu 4 mil toneladas de alimentos não perecíveis por todo o Brasil.

Paralelamente, o governo federal, com a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), em 1992/1993, aproximou-se de grupos organizados da sociedade civil, ampliando o debate em torno da Segurança Alimentar. Em 1995, o CONSEA foi substituído pelo Conselho da Comunidade Solidária, que reorientou o foco da segurança alimentar e nutricional para o combate a pobreza. A partir de 1999, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como diretrizes gerais o estímulo ao acesso universal aos alimentos através de ações intersetoriais, definidas na Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição: a garantia e segurança da qualidade dos alimentos; a ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Neste sentido, destacam-se as ações de rotulagem nutricional dos produtos comercializados e a elaboração e divulgação de guias alimentares para a população brasileira, a capacitação de recursos humanos na operacionalização de atividades específicas na área de alimentação e nutrição, e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.

Com o propósito de enfrentar a desnutrição protéico-energética, as duas principais linhas de atuação do Ministério da Saúde compreendem o Incentivo ao Combate a Carências Nutricionais (ICCN) e, mais recentemente, a Bolsa Alimentação. O ICCN tem como objetivo recuperar nutricionalmente as crianças com idades entre 6 e 23 meses. O governo federal repassa recursos financeiros para que os municípios brasileiros adquiram leite integral e óleo de soja e um nutriente adicional, destinado às ações de alimentação e nutrição de maior relevância epidemiológica para o município. Em 2001, o programa contava com recursos da ordem de 166

milhões por ano, sendo desenvolvido por mais de 92% dos municípios brasileiros, atendendo a 95% do total de 922.536 beneficiários previstos.

Em setembro de 2001, foi lançado outro programa, o Bolsa Alimentação, que passou a transferir de forma direta recursos, para que as próprias famílias adquirissem os alimentos. Os beneficiários deste Programa são gestantes e crianças sob risco nutricional, com idades compreendidas entre 6 meses a 6 anos e 11 meses, e pertencentes a famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo por mês. A permanência no programa está condicionada à participação em um conjunto de ações prestadas pelos serviços de saúde, tais como estar com a carteira de imunização atualizada. Em agosto de 2002, o programa cobria 3032 municípios brasileiros, com a distribuição de 1.005.058 bolsas.

Buscando controlar a ocorrência de carências relacionadas à hipovitaminose A, o Ministério da Saúde distribui cápSulas de vitamina A às crianças de 6 a 59 meses residentes em áreas de risco, compreendendo os nove estados da Região Nordeste e o Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Outra vertente do programa consiste na utilização dos agentes comunitários de saúde em ações educativas para a promoção do consumo de alimentos ricos em retinol e carotenoídes. Desde 1999, cerca de 2,1 milhões de crianças vêm sendo beneficiadas por ano, correspondendo a uma cobertura de aproximadamente 70% das crianças de 6 a 11 meses e 45% das crianças a partir dessa idade.

Para o controle da anemia por deficiência de ferro, a estratégia adotada foi a de suplementação com Sulfato ferroso. Desde 1999, os agentes comunitários de saúde distribuíram cerca de 2,2 milhões de frascos de Sulfato ferroso para crianças residentes nos municípios mais pobres da Região Nordeste. Esta atividade está associada a ações educativas para a promoção do consumo de alimentos ricos em ferro. Mais recentemente, o governo, associações de indústria de alimentos, instituições acadêmicas, organismos internacionais, movimentos de defesa do consumidor e pela segurança alimentar, foram signatários do "Compromisso Social para Redução da Anemia por Carência de Ferro no Brasil". A partir das diretrizes aprovadas, o Ministério da Saúde está procedendo à regulamentação da obrigatoriedade de suplementação com ferro das farinhas de trigo e de milho destinadas ao consumo, o que permitirá cobrir, no mínimo, 30% da ingestão diária recomendada.

O controle da deficiência de iodo é feito através da Iodetação Universal do Sal, ações de fiscalização e inspeção sanitária do sal comercializado e ações educativas realizadas pelos agentes comunitários de saúde, com o propósito de incentivar o consumo de sal iodado.

Programa de saúde oral. Criado em 1989, o Programa de Saúde Bucal baseia-se nos mesmos princípios do SUS, e prioriza o combate à cárie dentária. O governo despendeu no momento de sua implantação US$ 2,5 milhões com o plano de expansão da fluoretação da água de consumo, aplicação tópica semestral de gel-flúor-fosfato-acidulado para cerca de 12 milhões de crianças de 6 a 12 anos e apoio ao consumo de dentifrícios fluoretados.

Algumas experiências importantes foram desenvolvidas em alguns estados e municípios na integração com as escolas. Mais recentemente, o odontólogo foi inserido na equipe do PSF (42), abrindo oportunidade para a interiorização da atenção odontológica no país.

Planejamento familiar. Para estimular a implementação das ações de Planejamento Familiar nos serviços de saúde da rede pública, o Ministério da Saúde efetivou a compra centralizada de insumos anticoncepcionais no ano 2000, com a perspectiva de atender á demanda potencial para anticoncepção no SUS.

A verificação de problemas operacionais na distribuição, estocagem e armazenamento do material por parte das secretarias estaduais de saúde, a partir de auditorias realizadas nas unidades de saúde municipais, levaram a uma reformulação dessa estratégia, com interrupção temporária da entrega dos *kits* de contraceptivos (contendo cartela de anticoncepcional oral, preservativo masculino,

dispositivo intra-uterino – DIU –, e ampolas de anticoncepcional injetável). Definiu-se que, a partir de 2002, estariam aptos a receber os *kits* aqueles municípios que tivessem o PSF implantado ou pelo menos um médico contratado através do Programa de Interiorização da Saúde. A primeira remessa de *kits* ocorreu no final de julho de 2002, contemplando 4568 municípios, com 20000 *kits* básicos. A cobertura do programa de planejamento familiar ainda está bastante aquém das necessidades da população feminina em idade fértil do país e há uma grande lacuna na atenção às adolescentes. Na ultima década vem crescendo a taxa de fecundidade entre as adolescentes, sem que qualquer programa de envergadura tenha enfrentado de fato a questão.

Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – AIDS e Sífilis. As ações em DST/HIV/AIDS voltadas a crianças e adolescentes desenvolvidos no Brasil, mais especificamente no âmbito da assistência à saúde, têm focalizado o risco da transmissão do HIV e da sífilis da mãe para o filho (transmissão vertical) por meio da disponibilização de exames sorológicos para diagnóstico durante a gestação, parto e puerpério, e tratamento e profilaxia adequados.

Estima-se em 17.198 o número de gestantes infectadas pelo HIV no país, estimativa feita a partir de uma prevalência de 0,6% obtida em estudos de maternidades-sentinela. Apesar do aumento progressivo do número de parturientes em uso de AZT injetável no momento do parto nos últimos quatro anos, a cobertura de parturientes HIV positivas no ano 2001 foi de apenas 34,8%, com um perfil bastante heterogêneo, variando de coberturas inferiores a 20% a coberturas superiores a 75%, nas diferentes regiões e cidades brasileiras. Os dados preliminares deste Programa indicam uma cobertura de exames anti-HIV de 35% e de 9% quanto aos testes para sífilis.

O Projeto Nascer-Maternidades busca disponibilizar a profilaxia da transmissão vertical do HIV, além de proporcionar o diagnóstico da sífilis e seu tratamento, evitando a evolução da doença materna e o desenvolvimento de seqüelas tardias. Espera-se com essas medidas reduzir em 50% os casos novos estimados de infecção pelo HIV no Brasil. De 1994-2002, calcula-se que 3371 infecções já tenham sido evitadas.

A política brasileira de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais foi estabelecida no início da década de 90, e consolidada em 1996 através de lei federal (44). A partir de então, o governo passou a disponibilizar a terapia combinada de alta potência (HAART) para todos os pacientes infectados pelo HIV com indicação de tratamento, inclusive crianças e adolescentes. Até dezembro de 2001, 113.000 indivíduos estavam em tratamento, 6.100 deles com menos de 13 anos de idade. Atualmente, o Ministério da Saúde distribui 15 drogas anti-retrovirais na rede pública de saúde em 30 diferentes apresentações, 11 delas específicas para uso pediátrico. De acordo com o Consenso hoje vigente, o Ministério da Saúde recomenda o uso de terapia anti-retroviral com duas ou três drogas em crianças com menos de 13 anos de idade, conforme a gravidade e evolução clínico-laboratorial do paciente, cujos parâmetros estão definidos no "Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças". Para adolescentes com mais de 13 anos de idade, a terapia anti-retroviral tem critérios clínicos e imunovirológicos semelhantes aos indicados para os adultos.

O monitoramento laboratorial dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS no Sistema Público de Saúde é feito por meio de redes nacionais de laboratórios credenciados e capacitados a realizarem exames de contagem de células T-CD4+, quantificar a carga viral e proceder à genotipagem do HIV-1. Os critérios para interpretação e uso destes exames em adultos, adolescentes e crianças são estabelecidos e periodicamente revisados pelo Ministério da Saúde.

A rede de serviços especializados para o atendimento indivíduos vivendo com HIV/AIDS está consolidada no Sistema Público, com o credenciamento e capacitação de hospitais, ambulatórios e demais alternativas assistenciais, tais como os hospitais-dia e programas de atendimento domiciliar terapêutico. Todas estas alternativas oferecem assistência a crianças infectadas ou

expostas à transmissão vertical do HIV. O credenciamento e capacitação de serviços com vistas a uma assistência mais qualificada de adolescentes vivendo com HIV/AIDS estão em fase de estruturação. Ademais, estratégias para otimizar a adesão ao tratamento anti-retroviral em crianças e adolescentes têm sido enfatizadas nos processos de capacitação no manejo de anti-retrovirais, e incorporadas à rotina desses serviços.

Dentre as principais estratégias de prevenção incluem-se a cooperação estabelecida entre o Ministério da Educação e a Coordenação Nacional de DST/Aids, que prevê a inserção de questões relativas à sexualidade e uso de drogas nos Parâmetros Curriculares Nacionais. A iniciativa mais recente junto ao Ministério da Educação tem como prioridade a formação continuada de professores, com a elaboração de material didático sobre o tema "Orientação Sexual e Doenças Sexualmente Transmissíveis". Este Programa conta hoje com a adesão de 2.900 municípios e 20.000 grupos de estudo, com 450 mil professores, e permitirá uma maior interiorização das ações de prevenção nas escolas de todas as regiões do país.

As diversas ações realizadas pela sociedade civil, entre elas a organização de Casas de Apoio voltadas para indivíduos vivendo com HIV/AIDS e que oferecem moradia, apoio social, psicológico, entre outras atividades, tem conseguido minimizar as dificuldades enfrentadas, sobretudo por crianças e adolescentes órfãos de pais com AIDS. As coordenações nacional e estaduais de DST/Aids têm financiado inúmeros projetos formulados e coordenados por Organizações Não-Governamentais (ONG), incluindo ações especificamente dirigidas às crianças e adolescentes.

Combate ao hábito de fumar. O Programa de Combate ao Fumo desenvolve-se a partir de quatro grandes estratégias: a primeira voltada para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; a segunda, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar; uma terceira, onde se inserem medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados e, por fim, medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. O Programa foi delineado visando sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, baseado nos princípios da Promoção da Saúde e de estilo de vida saudável.

Ações educativas pontuais, como as campanhas de conscientização e a divulgação de informações por parte da mídia, se mesclam a ações educativas continuadas, essenciais para traduzir as informações disseminadas em mudanças de atitudes e de comportamento. O contato permanente com as comunidades é feito através dos ambientes de trabalho, unidades escolares e de saúde, onde as informações são disseminadas juntamente com ações que visam criar nesses ambientes um contexto favorável a mudanças de comportamento de grupos formadores de opinião, como os profissionais de saúde, professores, estudantes e trabalhadores em geral. A proposta "Ambientes Livres do Cigarro" é disseminada através da normatização e sinalização da restrição ao consumo de tabaco, associando-a ao apoio aos fumantes para que interrompam seus hábitos de consumo.

As ações legislativas e econômicas que funcionam como mediadoras e potencializadoras das ações educativas, visam informar os cidadãos sobre os riscos do tabagismo e protegê-los da exposição à poluição tabagística ambiental e da indução ao consumo pela publicidade. Busca-se também dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco, apoiando medidas que reSultem em aumento de preços, controlem as modalidades de venda e, principalmente, o mercado ilegal. Por Lei Federal (45), o governo restringiu a publicidade, proibiu a propaganda e patrocínio de eventos culturais pela indústria fumageira, bem como o uso de produtos fumígenos em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo.

Iniciou-se em 1996 um amplo processo de capacitação de recursos humanos para os estados e municípios, com definição de responsabilidades e competências para cada nível do Sistema de Saúde. Ao final de 2001, já haviam sido capacitados para o programa 3525 municípios, cerca de

70% do total. Em 2001, as ações estavam implantadas em 2071 unidades de saúde e 5437 escolas e em 50 Unidades de Saúde havia profissionais capacitados no tratamento do fumante.

Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Na década de 90, a atenção à saúde da população adolescente brasileira teve como marco referencial o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Em 1999, após a Conferência Mundial dos Ministros responsáveis pela juventude, ampliou-se o PROSAD para Área de Saúde do Adolescente e Jovem (ASAJ). Essa área tem como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade juvenil e a promoção de seu desenvolvimento saudável. Algumas diretrizes básicas de ação foram estabelecidas para tal fim: descentralização e municipalização do atendimento, controle social, participação comunitária, recursos específicos e integração entre os diversos órgãos.

A ASAJ prioriza ações que estruturam a rede de saúde para a atenção específica dessas populações. Seu objetivo é garantir maior acesso dos adolescentes e jovens às informações sobre saúde. Tais informações, no entanto, têm mais utilidade quando associadas à educação voltada para a construção de habilidades para a vida, para a auto-estima, para o senso de responsabilidade e confiança. Essas habilidades podem ser úteis na prevenção do consumo de drogas, na capacidade de lidar com a ansiedade, na avaliação de situações de risco e na negociação de situações conflituosas.

2.2. Participação da Sociedade Civil

A participação da Sociedade Civil organizada na atenção à saúde de crianças e adolescentes tem crescido expressivamente na última década. Com programas próprios ou em articulação com as iniciativas oficiais, as organizações não governamentais – ONG – serão exemplificadas neste relatório pela Pastoral da Criança e ABRINQ, que desenvolvem programas de caráter global ao atendimento à criança e ao adolescente, dentre as muitas ONG que participam de programas específicos de atenção a danos ou patologias particulares.

Pastoral da Criança. Trata-se de uma entidade ecumênica, ligada à Igreja Católica brasileira, fundada em 1983, com o objetivo de promover a saúde, prevenir as doenças e colaborar para a melhoria da qualidade de vida e da construção da paz no dia-a-dia. No ano de 2002, a Pastoral da Criança foi apresentada pelo Presidente da República do Brasil para concorrer ao Prêmio Nobel da Paz (46).

O trabalho da Pastoral é desenvolvido em 32.743 comunidades organizadas em bolsões de pobreza do campo e da cidade, em 3.555 municípios de todos os estados brasileiros. Compreende mais de 153 mil voluntários, que acompanham 1.635.461 crianças carentes menores de seis anos de idade e 76.842 gestantes, num total de 1.135.969 famílias (47).

As ações básicas de saúde, nutrição, cidadania e educação comunitárias desenvolvidas pela Pastoral da Criança, estimulam os cuidados das mães para com as crianças, dos pais para com a família, da comunidade para com suas gestantes e crianças. A rede de solidariedade humana que se forma, fortalece o respeito entre as pessoas e o convívio com o diferente. O trabalho voluntário é realizado prioritariamente por mulheres pobres, independentemente de raça, cor, religião ou opção política, capacitadas como líderes comunitárias. Ao assumirem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias vizinhas, para que se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social, transformam suas próprias famílias e comunidades, resgatando valores e práticas de valorização da vida.

Hoje são 14 os países na América Latina, África e Ásia que iniciaram ou estão implantando atividades baseadas no seu modelo. A metodologia de trabalho empregada conta com três grandes momentos de intercâmbio de informações que promovem a solidariedade:

Visitas domiciliares mensais, realizadas pelos líderes a cada família acompanhada: a cada mês, mais de um milhão de visitas são realizadas pelos líderes comunitários;

Dia do Peso, quando cada comunidade se reúne para pesar todas as suas crianças. Mais de 32 mil comunidades se reúnem a cada mês, para pesar suas crianças e aprender mais sobre elas;

Reuniões mensais entre os líderes de uma mesma comunidade, para refletir e avaliar o trabalho realizado no mês anterior, reforçar as tarefas e superar as dificuldades.

Dentre as ações voltadas para a sobrevivência e desenvolvimento integral da criança, a melhoria da qualidade de vida das famílias carentes, destacam-se: o apoio integral às gestantes, encaminhando-as para as conSultas de pré-natal; o incentivo ao aleitamento materno; a vigilância nutricional, com monitoramento do peso e crescimento das crianças; a orientação alimentar, com aproveitamento de produtos de grande valor nutricional e de baixo custo disponíveis nas próprias comunidades; o controle de doenças diarréicas, através da reidratação oral e utilização de soro caseiro; o controle de doenças respiratórias através da identificação dos sinais de risco, especialmente das pneumonias; o encaminhamento aos serviços de saúde e acompanhamento domiciliar do tratamento; o estímulo ao uso de remédios caseiros; estímulo à vacinação de rotina de crianças e gestantes; a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS; a orientação das mães sobre noções e práticas de prevenção da cárie em bebês e desenvolvimento de ações de higiene bucal; a prevenção de acidentes domésticos, através do estímulo à identificação dos sinais de perigo para a criança.

Além dessas, outras ações de caráter mais genérico vêm sendo desenvolvidas, tais como a instalação de brinquedotecas comunitárias e ações visando à prevenção da violência contra a criança no ambiente familiar, através da campanha *A Paz Começa em Casa.*

Outros programas de cunho social são a alfabetização de jovens e adultos; a geração de renda, através de qualificação das pessoas para atividades como confecções, padarias, hortas, criação de animais e prestação de serviços; e o estímulo à participação nas instâncias municipais de controle social dos serviços públicos. O programa edita um jornal bimestral de 16 páginas, tamanho tablóide, com tiragem de 250 mil exemplares, destinado às comunidades acompanhadas pela Pastoral da Criança e seus parceiros. A Pastoral dispõe ainda de um programa semanal de rádio intitulado *Viva a Vida,* transmitido por mais de 1.343 emissoras em todo o país.

É importante registrar que mais de 90% dos recursos gastos no desenvolvimento das ações da Pastoral da Criança são oriundos do Ministério da Saúde, testemunhando o sucesso de uma profícua parceria entre o governo e a sociedade civil.

Fundação ABRINQ. A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente, fundada em 1990, é uma entidade sem fins lucrativos, de Utilidade Pública Federal, que tem como missão promover os direitos elementares de cidadania das crianças e adolescentes. Sua atuação é pautada pela Convenção Internacional dos Direitos da Criança, da ONU, pela Constituição Federal Brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A entidade articula e mobiliza a sociedade civil e o poder público para transformar a criança e o adolescente em prioridade, promover e dar visibilidade a políticas e ações bem-sucedidas que possam ser disseminadas (48).

Sua atuação abrange as áreas de Saúde e Nutrição; Educação e Cultura; Trabalho Infantil; Família e Comunidade; Denúncias e Políticas Públicas.

Dentre os muitos Programas e Projetos da Fundação Abrinq, destacam-se aqueles referentes à área específica da saúde:

No combate à desidratação, desde 1990, a Fundação Abrinq passou a dispor de um molde para prensar a chamada "colher-medida", utilizada para medir a quantidade exata de açúcar e sal necessárias para produzir o soro caseiro contra a desidratação. A Fundação articulou o engajamento empresarial das indústrias de brinquedos e de plásticos numa corrente de produção

em que o molde circula, de prensa em prensa, produzindo as colheres. Entre 1990 e 1993, foram produzidas e distribuídas cerca de 1 milhão de colheres-medidas para creches, instituições, comunidades e órgãos públicos de todo o Brasil, principalmente nas regiões distantes e carentes.

O Programa Adotei um Sorriso utiliza a força do trabalho voluntário de 2.810 dentistas, atendendo em 221 organizações sociais, com o objetivo de fortalecer os serviços prestados no atendimento odontológico de crianças e adolescentes de baixa renda.

A campanha Pré Natal é Vida, iniciada em 1992, tem como objetivo estimular o acompanhamento médico das gestantes. Utiliza a "pedagogia para a cidadania", mobilizando instrumentos de comunicação modernos, como comerciais nas principais redes de TV, anúncios em revistas e jornais, impressos e chamadas em 200 estações de rádio. Essa campanha é desenvolvida em parceria com agências de publicidade e órgãos de divulgação da mídia.

O Programa Biblioteca Viva doa acervos de livros, adequando a quantidade às necessidades de cada instituição e à sua capacidade de ampliar o alcance do programa, abrindo a biblioteca à comunidade em que está inserida. O "Biblioteca Viva" desenvolve parcerias com organizações não-govenamentais, fundações e Secretarias Municipais que possam criar redes de leitura. Com estas parcerias, amplia o número de educadores capacitados, potencializando o acompanhamento do trabalho, assim como a troca de informações e experiências. O Projeto chegou recentemente aos hospitais, numa parceria com o Ministério da Saúde, trazendo livros e histórias para as salas de espera, enfermarias e espaços hospitalares. Está implantado no momento em 5 hospitais pediátricos do Rio de Janeiro e São Paulo.

II. O Perfil Epidemiológico

11. Análise por grupo etário

Crianças menores de 10 anos. A análise da mortalidade proporcional por faixa etária (menores de um ano, 1-4 anos e 5-9 anos) permite estabelecer uma relação inversa entre o risco de morrer e a idade. No ano de 1999, o grupo das crianças menores de um ano compreendia 7% do total de óbitos, enquanto o de crianças de 5 a 9 anos de idade, a menor proporção, de apenas 0,6%.

A mortalidade proporcional entre os menores de um ano experimentou importantes decréscimos, principalmente do início dos anos 80 para o início dos anos 90. No período 1979-81, as proporções de óbitos em menores de um ano eram de, aproximadamente, 24%, no Brasil, 32%, no Nordeste, e 18%, no Sul, região que apresentava a melhor situação. No período de 1990-92, estas proporções decresceram para, respectivamente, 11%, 15% e 8%. Os avanços alcançados na década de 90 foram comparativamente menores, mas relevantes. No período 1998-2000, coube ao Brasil uma proporção de 7%, ao Nordeste, de 11%, e ao Sul, de 5% de óbitos em menores de um ano (Gráfico 1).

Em relação à faixa de idade de 1 a 4 anos, a proporção de óbitos foi de, aproximadamente, um terço da observada para os menores de um ano. Contudo, a dinâmica de redução se mostrou idêntica, fazendo supor que os fatores que atuaram sobre os dois grupos foram semelhantes. Já a tendência pares a faixa etária de 5 a 9 anos foi francamente distinta, com estabilidade das proporções. Apenas as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram uma redução relativa dos óbitos neste grupo etário, na década de 80.

Mudanças importantes nas causas de morte das crianças vêm sendo detectadas nas duas últimas décadas (Gráfico 2). Entre os óbitos com definição da causa básica, o grupo das afecções do período perinatal – principal grupo de causas de morte – ampliou a sua contribuição relativa de 34% para 48%, enquanto o agrupamento das doenças infecciosas e parasitárias teve sua

contribuição reduzida de 29% para 12%. Decresceram também de magnitude as doenças endócrinas e metabólicas e as doenças do aparelho respiratório. Por outro lado, foi crescente a participação das malformações congênitas e das causas externas, no período sob análise.

Os principais grupos de causas de morte, em 1999, na população de menores de 10 anos foram: afecções originadas no período perinatal (42%); sintomas, sinais e achados mal-definidos (12%); doenças infecciosas e parasitárias (10%); doenças do aparelho respiratório (10%); malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (10%); causas externas de morbidade e mortalidade (6%). Este último agrupamento de causas prevalece entre as crianças de 5 a 9 anos de idade. Todos os demais agrupamentos de causas predominam entre os menores de um ano (Tabela 5).

Entre os óbitos ocorridos no primeiro ano de vida, mais da metade foi atribuída às afecções originadas no período perinatal (53%). A seguir, destacaram-se o agrupamento das causas mal-definidas (12%) e as malformações congênitas (11%). A doença diarréica aguda e a pneumonia foram responsáveis, cada uma, por cerca de 5% dos óbitos infantis (Tabela 5).

Elevados percentuais de óbitos sem definição da causa básica são encontrados em todos os grupos etários, especialmente entre as crianças de 1 a 4 anos. Nesta faixa etária, as doenças infecciosas e parasitárias, os sintomas, sinais e achados mal-definidos, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório ocorreram em proporções semelhantes, variando no intervalo de 16 a 19% (Tabela 5).

Entre as afecções do período perinatal, os "transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal" corresponderam a um quarto do total de mortes em crianças menores de dez anos de idade, deixando evidente que um impacto de fato relevante sobre a mortalidade na infância somente será conseguido a partir de uma intervenção efetiva sobre este conjunto de causas.

No grupo das doenças infecciosas e parasitárias – segundo mais freqüente entre as mortes com definição da causa básica – têm expressão, além das doenças infecciosas intestinais, a septicemia, a infecção meningocócica e as doenças virais, com destaque para a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Entre as doenças do aparelho respiratório, afora a pneumonia, destacaram-se como causa de morte a bronquiolite e as doenças obstrutivas crônicas, em particular, a asma brônquica que, no ano de 1999, foi responsável por 267 óbitos.

Dos dados apresentados, depreende-se a expressiva redução na mortalidade proporcional entre as crianças menores de 5 anos de idade, com a diminuição importante e progressiva dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, deficiências nutricionais e infecções respiratórias agudas.

A Tabela 6 mostra que há uma superposição entre os grandes grupos de causas de internação e óbito em relação à freqüência com que ocorrem, mas não quanto à ordem de importância das causas específicas dentro dos grandes grupos. As doenças do aparelho respiratório, às quais são atribuídas 40% das hospitalizações das crianças, constituem a principal causa de internação. A seguir, encontram-se as doenças infecciosas e parasitárias e as afecções do período perinatal, responsáveis por, respectivamente, 20% e 11% das internações. Figuram, ainda, como causas muito expressivas de internação as causas externas e as doenças do aparelho digestivo.

Dentre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se as pneumonias, igualmente relevante nas estatísticas de mortalidade. Por outro lado, a magnitude da asma, que representa quase um terço das internações deste grupo, é muito mais destacada como causa de internação do que de óbito. Este reSultado indica a necessidade de implantar programas de atenção às crianças asmáticas, em nível ambulatorial e domiciliar, com o intuito de reduzir esse agravo, que tem levado a elevados e desnecessários níveis de internação e a eventuais mortes, quase invariavelmente, evitáveis.

Analisando ainda os dados dispostos na Tabela 6, chama a atenção o grupo das afecções do período perinatal por apresentar o maior número médio de dias de permanência hospitalar, a mais alta letalidade e o maior custo, decorrentes, em grande parte, do uso de unidades de cuidado intensivo. Dentro deste grupo, as causas mais freqüentes são, de maneira semelhante às estatísticas de mortalidade, aquelas relacionadas aos transtornos respiratórios dos recém-nascidos.

Tendo em vista a importância do grupo populacional representado pelas crianças menores de um ano de idade no âmbito da análise das condições de saúde na infância, buscou-se complementar a presente análise, enfatizando a descrição da situação da mortalidade infantil, no Brasil, na década de 90.

Crianças com menos de um ano de idade. Nas duas últimas décadas, a mortalidade infantil vem decrescendo continuamente em todas as regiões do Brasil, declínio este associado à ampliação de ações e serviços de saneamento, à melhoria da atenção básica de saúde e ao aumento dos níveis de alfabetização e escolaridade das mulheres. Segundo as estimativas do IBGE, em 2000, a taxa de mortalidade infantil situou-se em 29,6 óbitos por mil nascidos vivos, valor 39% inferior à taxa de 1990, que foi de 48,3 por mil (Tabela 7).

Comparando-se os valores regionais, o Nordeste destaca-se das demais regiões pelo elevado patamar de suas taxas ao longo de todo o período. No ano 2000, as estimativas mostram amplitude de variação de 19,7 a 44,2 por 1000 nascidos vivos, sendo o valor mínimo correspondente ao Sul e o máximo ao Nordeste. A persistência das desigualdades geográficas pode ser observada na evolução temporal das taxas de mortalidade infantil na década de 90, apresentada na Gráfico 3. É importante notar, contudo, que dada a queda mais expressiva das taxas de mortalidade infantil, nos últimos anos, na região Nordeste, observa-se ligeira tendência de diminuição da desigualdade regional anteriormente evidenciada.

Atualmente, à medida que decresce a proporção de mortes evitáveis por ações básicas de saúde e saneamento, a mortalidade infantil tende a concentrar-se no período neonatal. Em 1999, 64% dos óbitos infantis ocorreram no período neonatal, 50% deles na primeira semana de vida. Em 1990, esses percentuais foram de, respectivamente, 49% e 38%. Na região Nordeste, o percentual de mortes infantis tardias decresceu de 62%, em 1990, para 44%, em 1999.

Mediante análise dos dados dispostos na Gráfico 4, pode ser observado que, a partir de 1993, a taxa de mortalidade neonatal ultrapassou a taxa de mortalidade pós-neonatal. Enquanto esta última se apresenta em franco declínio, o componente neonatal mostra uma tendência de estabilidade. Particularmente, após 1995, o componente neonatal precoce – correspondente aos óbitos na primeira semana de vida – ultrapassou também o componente tardio. De um modo geral, evidencia-se um padrão de comportamento temporal da mortalidade infantil que apresenta decréscimo tanto menor quanto mais próximo ao momento de nascimento da criança.

A mortalidade proporcional por causas de óbito entre os menores de um ano, apresentada na Tabela 8 para os anos de 1990 e 1999, mostra que, no Brasil, é ainda muito grande a proporção de mortes sem definição da causa básica (12%), indicando a carência de assistência médica em algumas áreas do país. Embora decréscimos relevantes tenham sido observados na década de 90, em alguns estados situados no Nordeste mais de 30% dos óbitos infantis não têm definição de causa básica.

Avanços mais nítidos foram conseguidos em relação às doenças infecciosas intestinais. Associada à desnutrição, à falta de saneamento e à deficiência de cuidados primários, a mortalidade proporcional por diarréia destacou-se como um importante marcador da melhora da situação de saúde infantil no Brasil. Os dados dispostos no Gráfico 5 evidenciam a expressiva redução do número de óbitos por doenças diarréicas ocorridas no país, em todas as regiões geográficas. No período 1990-99, entre os óbitos com causa definida, a mortalidade proporcional por doenças

infecciosas intestinais reduziu-se de 14 para 6%, na totalidade do país, de 27 para 5%, na região Norte, e de 22 para 12%, na região Nordeste.

A mortalidade proporcional por pneumonia também apresentou declínio importante, sobretudo na Região Sul. Nesta região, no início da década, o percentual de óbitos por pneumonia na Região Sul apresentava a maior magnitude do Brasil, correspondendo a 12% do total de óbitos. Em 1999, este percentual foi reduzido em mais da metade, passando para o patamar de 5%, de forma semelhante às demais regiões.

Dentre as afecções no período perinatal, as afecções respiratórias dos recém-nascidos – que mantêm estreita relação com a prematuridade e a qualidade da assistência hospitalar ao parto – foram predominantes. É interessante verificar que o número absoluto de óbitos por afecções respiratórias aumentou nas regiões Sul, Norte e Centro-Oeste nos últimos anos (Gráfico 5). Com tendência oposta, os transtornos relacionados à duração da gestação e ao crescimento fetal vêm-se reduzindo em todas as regiões, provavelmente em decorrência da diminuição da desnutrição no país e, por conseguinte, da desnutrição materna e do seu impacto sobre a mortalidade dos recém-nascidos. Por sua vez, os dados apresentados na Gráfico 6 evidenciam o grande decréscimo no número de óbitos infantis por doenças preveníveis por imunização. Não se pode desprezar, entretanto, a relevância de óbitos por tétano neonatal nas regiões Norte e Nordeste que, embora com freqüência reduzida, apontam claramente para deficiências na atuação do sistema de saúde no atendimento à gestação e ao parto nestas regiões. Por estarem associados aos partos domiciliares, deve-se considerar, adicionalmente, que os óbitos por tétano neonatal vêm sendo, provavelmente, sub-registrados, supondo-se, portanto, que o problema seja ainda mais relevante do que o apresentado.

A partir dos dados do SINASC, podem ser construídos outros indicadores associados à mortalidade no primeiro ano de vida. Destacam-se entre eles: a proporção de nascimentos com baixo peso ao nascer e a proporção de mães sem atendimento pré-natal.

No que diz respeito à proporção de mães sem atendimento pré-natal, no ano de 1999, observa-se que 5,3% das gestantes do país não teve, à ocasião, acompanhamento pré-natal, podendo-se ainda evidenciar nítidos contrastes regionais. Enquanto nas regiões Sudeste e Sul menos de 3% das mães não tiveram atendimento pré-natal, nas regiões Norte e Nordeste este percentual atingiu mais de 9%. Dados relativos ao baixo peso ao nascer mostram que cerca de 8% dos bebês apresentaram baixo peso ao nascer, sem variações significativas entre as regiões do País.

A adequada atenção pré-natal tem sido identificada como um dos fatores mais estreitamente associados a um bom desfecho da gestação. Inúmeros estudos no Brasil têm mostrado que esta é a variável que se relaciona de forma mais consistente com o baixo peso ao nascer e com a prematuridade, e estas, por seu turno, à mortalidade infantil. Os dados da Tabela 9 corroboram o fato de que o acompanhamento regular pré-natal constituiu um fator de proteção contra o baixo peso ao nascer. Entre as mães que não tiveram atendimento, 12,2% tiveram filhos com baixo peso ao nascer, enquanto entre aquelas que tiveram um acompanhamento numericamente satisfatório em termos de visitas médicas durante a gestação, este percentual foi de 5,9%.

No sentido de uma descrição sucinta da situação da mortalidade infantil e na infância no País, destacam-se os seguintes pontos:

na última década, a mortalidade entre os menores de dez anos mostrou decréscimo relevante em todo o território nacional; embora o declínio da mortalidade infantil no Nordeste tenha sido ligeiramente maior que o das outras regiões, persistem as disparidades regionais;

a diminuição mais expressiva ocorreu na mortalidade infantil pós-neonatal, devido, principalmente, à redução das mortes por doenças infecciosas intestinais e infecções respiratórias agudas;

a redução relevante das doenças preveníveis por imunização, com a erradicação da poliomielite, ausência de casos autóctones de sarampo e a diminuição da desnutrição protéico-calórica – implicando um decréscimo das mortes por crescimento fetal retardado e por má nutrição fetal – também se mostrou nítida no processo de transição da situação de saúde entre os menores de dez anos.

As mudanças observadas no perfil epidemiológico da mortalidade das crianças são atribuídas, em grande parte, às políticas sociais implementadas no país, algumas das quais direcionadas à redução da mortalidade infantil e na infância. A partir da década de 70, e mais intensamente na década de 80, o Estado brasileiro investiu na melhoria do saneamento básico e no aumento da oferta dos serviços de saúde, principalmente da rede básica, com vistas à universalização do Sistema Único de Saúde.

O aumento da urbanização, a melhoria do nível de instrução das mulheres, a maior participação feminina no mercado de trabalho e o maior acesso aos métodos anticoncepcionais reSultaram em uma queda acentuada da fecundidade, com efeitos diretos e indiretos sobre a saúde e a mortalidade no primeiro ano de vida.

Ainda como parte das políticas sociais compensatórias, na década de 80, foi formulado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, sustentado por ações de controle das doenças preveníveis por imunização, das doenças diarréicas e das infecções respiratórias agudas, além de programas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e de estímulo ao aleitamento materno. Essas ações programáticas foram implementadas na rede básica dos serviços de saúde e seus reSultados são inquestionáveis.

Como exemplo da estratégia atual de reorientação do modelo de assistência, particularmente no que diz respeito à população desfavorecida socialmente, situa-se o Programa de Saúde da Família (PSF), de âmbito essencialmente municipal. Este programa se baseia na aproximação da assistência aos moradores de comunidades carentes, operando com equipes especialmente treinadas para atuar nos domicílios na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na identificação de condições de vida dos moradores e na orientação sobre questões relacionadas à saúde.

Entretanto, a despeito dos avanços conseguidos, existe ainda um grande espaço para a redução da mortalidade na infância no Brasil. Medidas que podem determinar grande impacto sobre as causas perinatais – o agrupamento mais importante – podem ser implementadas na esfera da atenção básica à saúde, sobretudo no atendimento pré-natal. Não pode ser negligenciado, igualmente, o papel desempenhado pelo atendimento hospitalar ao parto. Dispondo-se, atualmente, de uma cobertura hospitalar de mais de 95% dos partos, persistem, entretanto, problemas referentes à qualidade da atenção prestada, bem como decorrentes de uma política inadequada de referenciamento para as gestantes de risco, que devem ser encaminhadas de forma ágil para serviços de maior resolutividade e complexidade.

Adicionalmente, dentre as causas externas – importante grupo de morte entre as crianças de 5 a 9 anos de idade – os acidentes de trânsito e os afogamentos constituem as causas mais freqüentes, apontando, por conseguinte, para a necessidade de políticas de prevenção e esclarecimento à população acerca desses riscos.

Cabe observar, ainda, que dentre todas as dimensões da problemática da mortalidade na infância aqui evidenciadas, os achados epidemiológicos apontam para a persistência das desigualdades quanto ao risco de adoecer nos primeiros anos de vida como uma questão que merece atenção redobrada. Os avanços conseguidos nesta direção na década de 90, embora ainda não muito expressivos, sugerem que as ações governamentais dirigidas especificamente aos grupos populacionais sob maior risco de adoecimento e morte em consórcio com os esforços de participação comunitária e com as iniciativas da sociedade civil organizada poderão proporcionar

alternativas para enfrentar, solidariamente, a imensa desigualdade das condições de saúde das crianças brasileiras.

A Saúde do Adolescente (10 a 19 anos de idade). Os adolescentes correspondem a, aproximadamente, 20% da população do País e contribuem com 3% da mortalidade geral, com marcante predominância de mortes masculinas, sobretudo por acidentes e violências. Comparando-se a mortalidade proporcional por grupo de causas em 1980, 1990 e 1999, percebe-se o comportamento de aclive das causas externas (Tabela 10). Em 1980, este agrupamento representava 55% do total de mortes, 64% entre os homens e 38% entre as mulheres. Em 1999, as causas externas foram responsáveis por 68% das mortes de adolescentes e por 77% dos óbitos masculinos.

Entre as causas externas, no ano de 1999, predominaram as mortes por homicídio, com aumento de 16%, em 1980, para 34%, em 1990, e para 44%, em 1999. Os suicídios contribuíram com 4% das mortes. Os acidentes de transporte constituíram o principal grupo de causas entre os adolescentes de 10 a 14 anos, compreendendo cerca de 35% dos óbitos por causas externas nesta faixa etária (Tabela 10).

A série anual do número de óbitos por homicídios na faixa etária de 10 a 19 anos experimentou um crescimento progressivo de 1979 a 1999, para ambos os sexos (Gráfico 7). Nestes 20 anos, entre os meninos, o número de homicídios aumentou de 1018 para 6373, e, entre as meninas, de 212 para 678. Estes dados mostram a situação dramática da mortalidade por agressões violentas no País, questão que precisa ser enfrentada com a máxima prioridade.

As internações por lesões decorrentes de acidentes e violências reSultam, principalmente, de quedas (34%) e acidentes de trânsito (15%), destacando-se o aumento dos acidentes de motocicleta, veículo cada vez mais utilizado como meio de transporte para o trabalho e o lazer. Os homicídios não se apresentam com a devida expressão nas estatísticas de hospitalização do SUS porque elas não incluem os atendimentos de emergência, para onde são encaminhados esses casos.

A gravidez na adolescência tem-se revelado como outro problema relevante neste grupo etário. Em 1999, foram informados 754 mil partos em adolescentes de 10 a 19 anos de idade (23% do total), proporção mais elevada que a observada em 1996 (22%). Cerca de 27.500 nascidos vivos em 1999 (0,8% do total) eram filhos de adolescentes com idades entre 10 e 14 anos. Dentre estes, a prevalência de baixo peso ao nascer (13%) foi maior do que os filhos de mães de 15 a 19 anos de idade (9%), que, por sua vez, foi superior à média nacional (8%). Os dados relativos aos nascidos vivos mostram ainda que as adolescentes deixam de se beneficiar do atendimento pré-natal mais freqüentemente que as demais mulheres grávidas (Tabela 11).

No período 1998-2000, o parto representou 20% das hospitalizações e as complicações por aborto 2% do total de hospitalizações do SUS. No grupo de adolescentes de 15 a 19 anos, as internações por parto abrangeram 71%, enquanto as complicações por aborto corresponderam a mais do que 5% do número total de hospitalizações.

O aumento da gravidez na adolescência tem sido alvo de preocupação de técnicos e governantes, principalmente em contextos desfavorecidos socialmente. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde evidenciou o crescimento da fecundidade de mulheres de 15-19 anos, em comportamento oposto à queda significativa no grupo de 20-24 anos de idade. Diferenciais nas taxas de fecundidade em adolescentes são encontrados por áreas geográficas e pelos diversos grupos sociais, afetando especialmente as regiões rurais e as mulheres de mais baixa condição econômica e menor nível de instrução.

Os reSultados epidemiológicos relativos aos adolescentes, ao contrário do quadro otimista de melhora progressiva da mortalidade na infância, evidenciam panorama drástico, em que se

impõem ações de controle, principalmente no que diz respeito aos agravos provocados pela violência.

Desde os anos 80, o Ministério da Saúde vem promovendo o desenvolvimento saudável do adolescente brasileiro através da realização de ações de educação em saúde e prevenção de doenças e agravos, sempre em parceria com estados e municípios, com vistas à redução dos riscos e ao fortalecimento dos fatores protetores.

Entretanto, os limites de ação do sistema de saúde brasileiro para a melhoria da atenção à saúde dos adolescentes e jovens são enormes. A profunda desigualdade socioeconômica se soma à simultaneidade de patologias passíveis de controle e erradicação – típicas da pobreza e da vida rural –, com outras próprias das sociedades urbanas desenvolvidas, como os homicídios e os acidentes de trânsito, agravadas pelas patologias emergentes das décadas de 80 e 90, como a AIDS.

Entende-se, assim, que muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde do adolescente falharam porque tinham um foco estreito e não atuavam de forma integrada, o que reSultou, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência.

O modelo de atenção ao adolescente foi reformulado ao final da década de 90, gerando um modelo descentralizado, embora articulado, visando à integração operacional de diversos órgãos para o atendimento integral e prioritário da criança e do adolescente e objetivando, principalmente, a promoção da saúde e a redução dos desajustes individuais e sociais. O sucesso deste conjunto de intervenções se dará na medida em que famílias, comunidades, instituições e indivíduos estabeleçam, conduzam, integrem e apóiem as políticas de desenvolvimento e atenção aos jovens através da saúde, educação, bem-estar, emprego e participação social.

O nosso maior desafio na sistematização das diretrizes e estratégias que Norteiam as ações básicas de saúde para adolescentes e jovens é permitir e estimular que cada um busque, no âmbito do seu conhecimento específico, adequar sua linguagem, valores e práticas, com vistas à construção de um novo modelo de atenção que reduza a vulnerabilidade dos jovens frente às adversidades da sociedade, garantindo seus direitos humanos.

1.2. Análise por Problema Específico

Doenças Preveníveis por Imunização. Reconhecida amplamente como uma das medidas preventivas de maior custo-benefício, as ações de imunizações na região das Américas e, particularmente, no Brasil, têm demonstrado sucesso, com experiências de êxito, como a erradicação da febre amarela urbana e varíola em décadas passadas. Mais recentemente, foram registradas a erradicação da pólio, a interrupção da transmissão do sarampo na maioria dos países da região e no Brasil, e a redução da morbi-mortalidade por tétano neonatal, além do controle efetivo de outras doenças evitáveis por imunizações.

Os últimos casos de *poliomielite* no País ocorreram em 1989. A transmissão da doença foi declarada interrompida em 1994, quando o Brasil recebeu o certificado de erradicação da poliomielite, conforme decisão da XXIV Conferência Sanitária Pan-Americana. Entretanto, para que seja mantida a situação epidemiológica atual, é necessário que sejam preservados os investimentos na área de imunizações e vigilância epidemiológica. Neste sentido, têm sido mantidas campanhas anuais de vacinação e ações de vigilância de paralisias flácidas agudas, com a meta de detectar ao menos um caso anual por 100 mil menores de 15 anos de idade, garantida a coleta de uma amostra fecal até 15 dias após o início da paralisia.

Até o início da década de 90, ano em que foram notificados 61.435 casos, *o sarampo* representou um sério problema de saúde pública no Brasil, motivo pelo qual foi implantado o Plano Nacional de Erradicação do Sarampo, com a realização de campanhas nacionais de vacinação para crianças

na faixa etária de 9 meses a 14 anos de idade, quando foi alcançada a cobertura de 96%, em 1992. Em 1996, foram notificados 3.092 casos, o que representou uma considerável redução da doença no país. No ano seguinte, em 1997, eclodiu uma epidemia de 53.664 casos e 61 óbitos, atingindo segmentos fora do grupo-alvo de vacinação, como adultos jovens. As estratégias de ação para erradicar o sarampo incluíram duas campanhas nacionais de vacinação, realizadas em 1997 e 2000, e a organização de um grupo-tarefa para dinamizar as atividades de vigilância e controle de focos. O número de casos confirmados decresceu 95% entre 1999 e 2000 (de 890 para 36) e, desde março de 2000, quando ocorreu um surto no estado do Acre, não têm sido registrados casos autóctones da doença, apesar de investigações exaustivas. As evidências atuais indicam que a transmissão do sarampo no Brasil está interrompida. Em junho de 2001 foi detectado, no estado de São Paulo, um caso de sarampo importado do Japão, mas nenhum outro caso foi confirmado até o presente.

Como dito anteriormente, o tétano neonatal ainda persiste no Brasil, associado à pobreza, sobretudo em áreas do Norte e do Nordeste. Contudo, sua incidência vem experimentando consistente declínio há mais de uma década, com 66 casos notificados, em 1999, e 41, em 2000. De 1990 a 2002, os casos de tétano neonatal sofreram uma substancial redução (94%). Muito tem sido feito nas áreas de maior risco, especialmente no que diz respeito à intensificação da vacina contra o tétano e à maior agilidade da vigilância epidemiológica na investigação dos casos. A meta é que venha a existir menos de um caso por mil nascidos vivos em todos os municípios brasileiros, de acordo com patamar preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde.

Com relação à *difteria,* observou-se pouca variação de 1999 para 2000, com 56 e 54 casos notificados, respectivamente. O número de casos notificados de *coqueluche* decresceu de 1.369, em 1999, para 1.177, em 2000, com formas mais graves entre crianças abaixo de um ano de idade, grupo no qual ocorreu a grande maioria dos óbitos registrados em 1999.

O controle das doenças evitáveis por imunização é realizado rotineiramente na rede de serviços de saúde. Estratégias especiais de intervenção são adotadas segundo tipos de vacinas ou áreas específicas, com base em programação pactuada nos níveis nacional, estadual e municipal. Desde 1995, dispõe-se de dados de cobertura vacinal de todos os municípios do País. A vacinação de rotina dos menores de um ano de idade, realizada no triênio 1998-2000, alcançou coberturas médias anuais superiores a 95% contra poliomielite (três doses), tuberculose e sarampo, e de 93-94% contra difteria, tétano e coqueluche (três doses). Entretanto, cerca da metade dos municípios brasileiros apresentou, em 1999, cobertura abaixo de 90% para as três doses das vacinas DPT e contra a poliomielite. Em 57% dos municípios, a cobertura vacinal contra o sarampo foi inferior a 95%. Além da vacinação de rotina na infância, são realizadas campanhas periódicas, dirigidas a doenças e/ou grupos populacionais.

Avaliando o impacto no comportamento epidemiológico, fica evidenciado que o declínio na incidência das doenças imunopreveníveis é proporcional ao aumento das coberturas vacinais (Figura 8). Ao longo dos anos, o cenário do país foi se modificando e diversas experiências operacionais foram vivenciadas e aperfeiçoadas no setor de imunizações. Ao mesmo tempo, ainda que em condições de complexidade trazidas pela diversidade de uma nação de grande extensão e heterogeneidade, foi possível consolidar um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, reSultando no controle e erradicação de doenças no Brasil.

Deficiências Nutricionais. Existe, no Brasil, uma experiência acumulada na realização de inquéritos antropométricos, o que tem permitido conhecer a magnitude da desnutrição e avaliar a evolução temporal do problema no País**.** A análise de três estudos nacionais, realizados em 1974, 1989 e 1996, indica que a natureza da desnutrição nas crianças menores de 5 anos é de caráter crônico (déficit em relação altura/idade). Uma queda progressiva de desnutrição crônica foi observada no período 1974-96, passando de 32% em 1974 a 10% em 1996, representando um declínio aproximado de 1% ao ano. Em termos absolutos, o número estimado de crianças

afetadas decresceu de 3.865.815 a 1.640.493. Entretanto, são encontradas substanciais variações na intensidade desta diminuição no território nacional, que refletem, de certa forma, o processo diferenciado de desenvolvimento econômico e social experimentado pelas macro-regiões brasileiras.

Entre 1974 e 1996, observou-se que a velocidade de declínio na prevalência de desnutrição crônica foi inferior na Região Nordeste, fazendo com que a diferença na prevalência entre o Centro-Sul e o Nordeste se ampliasse para aproximadamente três vezes (em prejuízo do Nordeste). Esta desigualdade expressa-se também nas diferenças entre as áreas rurais e urbanas. Para o conjunto do país, em 1996, a prevalência de desnutrição crônica urbana foi estimada em tomo de 8%, correspondendo as áreas urbanas do Centro-Sul a proporção de 5%, e às regiões Norte e Nordeste, 17% e 13%, respectivamente. Já a prevalência de desnutrição crônica rural foi estimada em torno de 19%, sendo particularmente mais elevada nas áreas rurais do Nordeste, onde atinge 25% das crianças.

Outro aspecto que contribui para compor o quadro da situação do estado nutricional das crianças brasileiras é a escolaridade da mãe. Os reSultados do inquérito antropométrico de 1996 mostraram que cresce, de modo nítido, a importância da desnutrição à medida que diminuem os anos de educação da mãe: entre os filhos de mães sem nenhuma instrução a prevalência de desnutrição foi de 21%, cerca de doze vezes maior do que a obtida no grupo de mães com segundo grau completo.

Em linhas gerais, embora a prevalência de desnutrição crônica tenha apresentado um comportamento favorável na última década, graus severos de desnutrição ainda ocorrem em uma parcela significativa das crianças brasileiras que residem nas áreas rurais e de menor nível socioeconômico das regiões Norte e Nordeste.

Em relação aos demais problemas nutricionais – anemia ferropriva, hipovitaminose A e deficiência de iodo – os estudos são escassos para o tamanho e a diversidade da população brasileira, levando a uma série de dificuldades para o monitoramento da evolução de tais problemas.

A anemia por deficiência de ferro (hemoglobina abaixo de 11 g/dl) é reconhecida como a deficiência nutricional mais comum na população infantil brasileira. Três inquéritos de base populacional (em pré-escolares), realizados nos municípios de Criciúma (1996) e São Paulo (1996), localizados nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente, e no estado de Pernambuco (1997), situado no Nordeste, apontam para distintas taxas de prevalência de anemia que variaram de 47%, em São Paulo e Pernambuco, a 54% em Criciúma.

Adicionalmente, a tendência recente na prevalência de anemia por deficiência de ferro, avaliada pela comparação de dois inquéritos realizados no município de São Paulo em 1984/1985 e 1995/1996, evidenciou um aumento significativo da deficiência entre os menores de cinco anos, em oposição à evolução da desnutrição crônica. Dados para 1996 sobre o consumo de alimentos em sete áreas metropolitanas indicam baixa presença de alimentos que contêm ferro em proporções relevantes na dieta habitual (40-60% de adequação à dieta).

A deficiência de Vitamina A foi evidenciada em crianças brasileiras desde a década de 80, na região Norte e em áreas de pobreza da região Sudeste. Nos estados da Paraíba, em 1992, e Pernambuco, em 1997, foram detectados níveis de retinol sérico abaixo de 20ug/dl, em, respectivamente, 19% e 16% dos pré-escolares. Baixos níveis de retinol sérico também foram encontrados entre pacientes que freqüentavam unidades de cuidados primários de saúde em áreas de pobreza na região Sudeste, como Rio de Janeiro e São Paulo. Embora tenha sido evidenciada boa adequação de vitamina A à dieta média da população que reside em áreas metropolitanas, seu suprimento é deficiente nas famílias carentes.

As informações mais recentes sobre a prevalência de bócio endêmico referem-se aos reSultados do projeto Thyromobil na América Latina, que compreendeu cerca de 1000 escolares de 6 a 12 anos, distribuídos em 17 municípios sentinelas localizados em áreas de maior risco de deficiência de iodo no país. No cômputo geral, a prevalência de bócio foi de 1,4% da população escolar, valor abaixo do limite de normalidade determinado pela OMS, que é de 5%. Este reSultado atesta o progresso no controle da deficiência nas últimas três décadas, já. que a prevalência estimada em inquérito nacional anterior era de 14,6%.

Em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que visa garantir a qualidade dos alimentos disponibilizados para consumo e promover práticas alimentares saudáveis, bem como prevenir e controlar distúrbios nutricionais. Para suprir as necessidades calóricas de gestantes, nutrizes e crianças de até seis anos de idade, implementou-se, em 2001, a bolsa-alimentação, que consiste em apoio financeiro mensal a famílias pobres, apoio este condicionado ao compromisso de cumprir uma agenda positiva em saúde e nutrição, que inclui conSultas de pré-natal e vacinação regular, acompanhada pelos serviços de saúde.

Saúde Oral. *Os* dados sobre saúde bucal no Brasil são obtidos por meio de inquéritos epidemiológicos de âmbito nacional realizados pelo Ministério da Saúde na população escolar das capitais dos estados brasileiros, a cada 10 anos, tendo sido o primeiro destes inquéritos realizado em 1986. Os dados obtidos no último estudo de prevalência (1996), que abrangeu 27 capitais, mostraram sensível redução na prevalência de cárie dentária, indicando que o índice CPO-D (que mensura a proporção de dentes cariados e perdidos), aos 12 anos de idade, foi reduzido de 6,67, em 1986, para 3,06, em 1996, como reSultado de um conjunto de ações educativas e preventivas, implementadas com grande participação do setor público e de entidades da área de odontologia. A fluoretação da água de consumo público atingiu 42% da população em 1996.

Tendo em vista que os inquéritos do Ministério da Saúde foram realizados em áreas urbanas, que são caracterizadas, em geral, pelo maior nível sócio-econômico, fluoretação adequada da água e melhores serviços de assistência, está sendo realizado novo estudo que produzirá dados mais abrangentes sobre a situação da saúde bucal no País.

Infecções* Sexualmente *Transmissíveis. Fatos marcantes da contemporaneidade são o aumento da permissividade sexual nas relações pré-matrimoniais entre os jovens, a crescente importância dada à realização do ato sexual, o culto à forma física e ao prazer e o apelo dos meios de comunicação, associando os objetos de consumo a sexualidade.

A falta de controle social com respeito ao sexo, aliada à expressão mais efetiva dos impulsos sexuais na adolescência, tem provocado intensas mudanças no comportamento sexual do jovem brasileiro, tornando-o mais vulnerável às infecções sexualmente transmissíveis, através de uma associação de fatores que traduzem uma maior exposição potencial a práticas sexuais de risco. Refletindo estas mudanças no âmbito da saúde do adolescente, a gravidez precoce e as infecções sexualmente transmissíveis (IST) aparecem como problemas cada vez mais relevantes, estimando-se que mais da metade da população infectada pelo HIV, agente infeccioso causador da AIDS, tenha adquirido a infecção entre as idades de 15 a 24 anos.

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). No Brasil, de 1991 a 30/09/2001, foram notificados 9704 casos de AIDS entre menores de 19 anos, o que corresponde a 4,9% do total de casos notificados. A despeito da dinâmica tributária da "heterossexualização" e "feminização" da epidemia ao longo deste período, observa-se um decréscimo da importância desta faixa etária no conjunto das notificações, tendo esta proporção passado de 6,3% do total de casos, em 1991, para 3,7%, em 2000, em decorrência da introdução da terapia universal dos antiretrovirais em 1996, que reduziu a taxa de transmissão vertical (TV) de 16% para uma taxa em torno de 12%, em 2000 (com redução substancial das taxas, a partir de 2000; redução adicional esta ainda não sistematizada nos dados hoje disponíveis).

Quando se analisa a distribuição dos casos segundo a categoria de exposição, observa-se que 65% correspondem a casos de transmissão materno-infantil, 11% se deveram à transmissão sexual, 9% informaram ser usuários de drogas injetáveis e 4% informaram ser hemofílicos/transfundidos, enquanto em 11% das notificações a categoria de transmissão é ignorada.

Dentre os 7.846 casos de AIDS em menores de 13 anos de idade registrados até setembro de 2001, 6.729 tiveram como categoria de exposição a transmissão vertical. Entre 1983 e 1990, esta foi a categoria de exposição responsável por 62% dos casos notificados em menores de 13 anos com categoria de exposição conhecida. Este percentual passou para 99% em 2001. O aumento proporcional observado se deve à diminuição de casos na categoria de transmissão sangüínea, principalmente pela melhoria do controle da qualidade do sangue e hemoderivados.

A despeito de uma cobertura da terapia antiretroviral entre gestantes ainda insuficiente, observa-se um grande impacto causado pela introdução das medidas quimioprofiláticas para a prevenção da transmissão materno-infantil e outras ações, como a instituição da terapia anti-retroviral potente (TARV) e da qualificação da assistência no pré-natal/parto e ao recém-nascido. A Figura 9 demonstra o aumento significativo de sobrevida entre os casos por transmissão materno-infantil no Brasil, segundo o ano de diagnóstico. Este aumento de sobrevida decorre das diferentes intervenções que o país vem implantando para o controle desta epidemia.

Com base nas estimativas da taxa de prevalência de infecção pelo HIV entre gestantes para o período de 1994 a 2000, do número de nascidos vivos, da taxa de transmissão materno-infantil e da probabilidade de sobrevivência até o ano 2000, estimou-se em, aproximadamente, 12800 o número de crianças de 0 a 14 anos infectadas pelo HIV por transmissão vertical vivas no ano de 2000. É importante destacar o decréscimo no número de nascidos vivos infectados no ano de 2000, como reSultado da diminuição da taxa de transmissão materno-infantil, devido ao aumento progressivo da cobertura de terapia anti-retroviral entre as gestantes infectadas.

Por fim, quanto ao número de órfãos em decorrência da AIDS materna, menores de 15 anos, a estimativa do número acumulado no período de 1987 a 1999, tomando por base as taxas de fecundidade específicas por idade, segundo Grande Região, e o número de óbitos por AIDS entre mulheres de 15-49 anos correspondeu a, aproximadamente, 30000 órfãos.

Outras Doenças de Transmissão Sexual. *E*xcluindo a AIDS, a sífilis é a principal doença sexualmente transmissível, apresentando-se nas formas adquirida e congênita. Na população com menos de 20 anos de idade, foram informadas 127 mortes por sífilis, em 1996, 121, em 1997, 132 em 1998, e 144, em 1999. Quase todos esses óbitos ocorreram em crianças menores de um ano de idade, indicando sífilis congênita, doença de elevada prevalência no Brasil. A taxa média de mortalidade por sífilis congênita no período 1996-99 1998 situou-se em 1,5 óbitos por 10 mil nascidos vivos.

Dados de prevalência de sífilis em adolescentes são ainda escassos no Brasil. Estudos conduzidos em parturientes indicam que a taxa de prevalência em mulheres em idade fértil situa-se em torno de 2%. Entre os conscritos do Exército (jovens do sexo masculino de 18 anos de idade), a taxa encontrada foi de 0,53%, no ano de 1996.

Comportamento Sexual de Risco às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Estudos para investigação dos diferentes fatores envolvidos no comportamento sexual de risco dos adolescentes, bem como as suas inter-relações, têm sido reconhecidos como importantes instrumentos para o controle da disseminação das IST, à medida que fornecem importantes elementos para subsidiar as medidas preventivas, aumentando a efetividade das intervenções no nível de saúde coletiva.

No Brasil, algumas iniciativas foram desenvolvidas na década de 90 no sentido de monitorar comportamentos de risco entre os adolescentes. A investigação pioneira realizada com conscritos do Exército Brasileiro foi conduzida em 1992, a partir de uma amostra de jovens que se alistaram

em Campo Grande, no estado do Mato Grosso do Sul, naquele ano. Nesse estudo, foi aplicado um questionário sobre comportamento sexual, infecções sexualmente transmissíveis, AIDS e uso de drogas ilícitas. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, envolvendo um módulo sobre comportamento sexual e conhecimento sobre a transmissão do HIV/AIDS, constituiu outro exemplo deste tipo de pesquisa.

O projeto de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Exército, no Brasil, iniciou-se em 1996, integrando ações no sentido de conhecer e prevenir a infecção pelo HIV e pelas IST nos militares e na população de conscritos do Exército Brasileiro. Esta parceria reSultou em diversas ações relacionadas às DST/AIDS e em algumas pesquisas de comportamento entre os conscritos por ocasião de sua apresentação comissões militares.

Realizadas anualmente, as pesquisas têm procurado focalizar objetos distintos ano a ano, visando à ampliação cada vez maior do conhecimento sobre as práticas comportamentais dos jovens brasileiros de cerca de 18 anos de idade. Parte do questionário é, entretanto, repetida periodicamente para avaliar mudanças relevantes de comportamento e subsidiar o monitoramento das ações preventivas e de intervenção.

Na Tabela 12, indicadores selecionados da pesquisa realizada com conscritos do Exército no ano de 2000 retratam o comportamento sexual do jovem brasileiro do sexo masculino. Destacam-se os seguintes reSultados: cerca de 20% tem iniciação sexual antes de completar 14 anos; cerca de 20% refere ter tido mais de 10 parceiros sexuais; aproximadamente 70% dos jovens relataram uso de preservativos na última relação sexual e 50% em todas as relações sexuais, com qualquer tipo de parceria; 3,2% relataram também relações sexuais com outros homens. Os reSultados relativos ao número de parceiros (na vida toda) e ao uso de preservativo em todas as relações sexuais evidenciaram diferenças regionais, sendo os comportamentos de maior risco invariavelmente encontrados na Região Norte.

No período 1997-2000, o percentual de uso de preservativo em todas as relações sexuais aumentou substancialmente, passando de 38%, em 1997, para 50%, no ano de 2000 (Tabela 13). Cabe observar que os aumentos mais acentuados foram observados no grupo dos jovens com instrução incompleta e nas regiões Norte e Nordeste, apontando para uma tendência de redução das disparidades na proporção de sexo protegido nos diferentes estratos sociais, com incremento global do uso consistente de preservativos. Os resultados auspiciosos quanto aos nítidos aumentos do uso de preservativo ao longo do período, em todas as regiões do País, são animadores e sugerem que as campanhas preventivas estão sendo encaminhadas adequadamente.

Entretanto, dentre os aspectos contemplados na pesquisa com conscritos que se apresentaram ao Exército no ano 2000, o que mais chamou a atenção foi o gradiente social, de maior risco quanto pior o nível sócio-econômico, mensurando-se este gradiente sob a forma de grau de educação dos pais, posse de bens ou de renda familiar. O comportamento sexual de risco foi acentuadamente pior entre os conscritos com instrução incompleta e que provêem seu próprio sustento, mostrando que em situações de precariedade, os jovens têm práticas sexuais de maior risco face às infecções sexualmente transmissíveis e um comportamento bem diferenciado daqueles que vivem com os pais e ainda freqüentam a escola (Tabela 14).

Os jovens que praticam sexo desprotegido têm, ao mesmo tempo, múltiplas parcerias e iniciação sexual mais precoce, sendo este, portanto, o grupo que necessita ser, prioritariamente, alvo das medidas preventivas e campanhas educacionais, que deveriam ser iniciadas na pré-adolescência, antes do abandono da escola e do início de atividade sexual. Visando otimizar a abrangência dos programas e intervenções no âmbito nacional, um dos maiores desafios a ser enfrentado é assegurar o impacto generalizado das medidas, principalmente entre os mais suscetíveis.

Uso de Drogas (lícitas e ilícitas). Em pesquisa de série histórica – Levantamento Sobre o Uso de Drogas com Estudantes de 1° e 2° Grau em 10 Capitais Brasileiras, realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID – conclui-se que o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes da Rede Pública de Ensino vem aumentando significativamente desde que o estudo se iniciou, em 1987, tomando por base as avaliações subseqüentes, desenvolvidas em 1989, 1993 e 1997.

Em relação ao uso de tabaco na vida, os reSultados revelam que a experimentação de cigarros vem aumentando entre escolares de 10 a 18 anos de idade (Tabela 15). Os aumentos mais pronunciados foram evidenciados em Curitiba e Porto Alegre, capitais de estados da Região Sul, onde as proporções de uso de tabaco na vida passaram de cerca de 20%, à época do primeiro inquérito, para o patamar de 40%, no ano da última pesquisa, em 1997. O primeiro uso situou-se, mais freqüentemente, na faixa etária entre 13 e 15 anos.

Adicionalmente, os reSultados destes estudos evidenciam uma tendência de aumento na experimentação do fumo entre escolares do sexo feminino. Em 1997, a experimentação entre escolares do sexo feminino foi significativamente maior do que entre os rapazes, em três das dez capitais estudadas – Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

A partir de fevereiro de 2002, entrou em vigor a resolução 104 da ANVISA, que obriga os fabricantes de derivados de tabaco a inserirem nas embalagens de seus produtos imagens que acompanham as advertências sobre os riscos para a saúde do fumo. Pesquisa realizada em abril de 2002, envolvendo mais de 2000 pessoas de 126 municípios do Brasil, mostrou que 73% dos entrevistados apoiavam a medida e que 67% dos fumantes disseram que sentiram mais vontade de deixar de fumar quando viram as novas imagens.

Nas pesquisas do CEBRID, observa-se também o alarmante consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de 10 a 18 anos, sendo a proporção de alunos que já experimentaram alguma bebida alcoólica superior, em todos os anos pesquisados, a 65%. Em 1997, o estudo apontou que 51% dos alunos entre 10 e 12 anos já haviam feito uso de álcool e 30% já haviam se embriagado com bebidas alcoólicas, sendo que o local mais freqüentemente relatado como o de iniciação foi o ambiente familiar.

Em relação a outras drogas de consumo, ressalta-se o uso de solventes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína. Comparando-se o aumento do consumo destas substâncias ao longo dos quatro levantamentos entre os estudantes, na categoria de "uso na vida", observou-se aumento no consumo de maconha, anfetaminícos e cocaína (Tabela 16).

Dentre os inúmeros danos provocados pelo uso de drogas (lícitas ou ilícitas) por parte de adolescentes, estudou-se, em particular, no Brasil. a sua relação com a maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Esta maior vulnerabilidade pode ser contemplada sob diferentes perspectivas. A primeira, percebida no nível individual, se relaciona com o comportamento sexual adotado por jovens que consomem drogas ou álcool, o que vem a favorecer as suas oportunidades de se infectar por via sexual e/ou parenteral. A segunda dimensão é a social. No âmbito das redes de interação social, sabe-se que a composição e a dinâmica destas redes é influenciada por questões relacionadas à pobreza e à marginalidade social, incluindo a violência sexual, a prostituição, o tráfico de drogas e a adoção de estilos de vida de maior risco.

Visando subsidiar as políticas públicas na reorientação das ações de prevenção para o controle da epidemia da AIDS entre os jovens brasileiros, a pesquisa referente aos conscritos investigou, no ano de 1999, o uso de drogas lícitas e ilícitas e suas possíveis associações com o comportamento sexual de risco frente às infecções sexualmente transmissíveis. Neste estudo, foram coletadas observações de 29373 conscritos.

As distribuições percentuais de conscritos, segundo o uso de bebidas alcoólicas, maconha, cocaína cheirada, *crack e* cocaína injetada, no Brasil, estão apresentadas na Tabela 17. Constata-se que apenas 22% dos participantes nunca haviam experimentado bebidas alcoólicas. Em relação às drogas ilícitas, 20% relataram já ter experimentado maconha, sendo que mais de 5% dos jovens declararam fazer uso regular de maconha (de vez em quando, nos finais de semana ou todo dia). Entre as várias vias possíveis de uso de cocaína, a mais utilizada foi a cocaína cheirada: 7,2% responderam já ter experimentado a droga por esta via enquanto o uso regular foi referido por 1,5 % dos participantes. Estes percentuais reduziram-se para 4% e 1,1%, no que se refere ao consumo de *crack,* e para 1,9% e 0,7%, em relação á cocaína injetada. No que diz respeito à idade em que o jovem usou a droga pela primeira vez, observou-se não haver muita variação nos valores médios por tipo de droga. De uma forma geral, o jovem experimenta drogas pela primeira vez próximo aos 15 anos de idade.

A relação entre o uso de drogas e a prática do sexo desprotegido merece especial atenção nesta população. O efeito modulador do álcool e, especialmente, da cocaína parece particularmente relevante nesta análise, bem como em outros estudos nacionais, no sentido de uma maior prevalência de comportamentos e interações de risco entre seus consumidores freqüentes e imoderados. Os valores dos índices de comportamento sexual de risco, que expressam, em média, o número de parceiros no último ano com prática de sexo desprotegido, sublinham o risco ampliado dos conscritos que relatam fazer uso de drogas e álcool de forma sistemática, com valores consistentemente maiores entre estes (Tabela 18).

Além de terem maior número de parceiros (particularmente parceiros e parceiras pagantes) e maior freqüência de relações sexuais sem uso de preservativos, os jovens que relatam fazer uso de cocaína referem também iniciação sexual mais precoce, o que reSulta em um tempo maior de exposição ao comportamento sexual de risco. Por seu turno, estes efeitos estão mais presentes entre os participantes com menor escolaridade, como se aqueles que tivessem menor nível educacional dispusessem de menores recursos psicossociais para lidar com os efeitos do consumo imoderado das substâncias psicoativas. Este seria o subgrupo mais vulnerável, onde os jovens seriam menos capazes de colocar em prática a intenção de auto-proteção (e proteção de terceiros, caso sejam portadores do HIV ou outras DST), não tomando, de fato, as medidas necessárias para evitar a infecção pelo HIV e demais patógenos transmissíveis por via sexual.

1.3. Análise por grupo populacional específico

Saúde da Criança Indígena. O perfil de saúde da população indígena no Brasil é de difícil caracterização, não somente devido à sua complexidade (determinada pela diversidade de contextos sócio-culturais, epidemiológicos e ambientais), como também à insuficiência de informações, tanto na literatura científica quanto nos sistemas nacionais de informação em saúde e demografia (49). Vale lembrar que são cerca de 200 etnias, falantes de aproximadamente 170 línguas, distribuídas por todo o território nacional. Apesar da escassez de dados, há consenso quanto a uma situação de maior vulnerabilidade dos povos indígenas frente aos principais agravos que caracterizam o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira em geral. É esta vulnerabilidade ampliada que possivelmente explica as elevadas taxas de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e desnutrição, dentre outras causas, observadas entre os indígenas, quase sempre acima daquelas verificadas na população brasileira em geral. No bojo das mudanças culturais, econômicas e ambientais decorrentes da interação com a sociedade nacional, a criança indígena está inserida em um contexto no qual destacam-se famílias numerosas, condições habitacionais e de saneamento precárias, baixa escolaridade formal, além de cobertura e qualidade dos serviços de saúde irregulares.

As informações demográficas apontam para a composição etária dos povos indígenas como predominantemente jovem, não raro com 50% da população com menos de 15 anos de idade. São, portanto, elevadas as suas taxas de natalidade e fecundidade. Estudos em comunidades específicas indicam uma composição familiar girando em torno de 5 a 8 filhos, não se observando tendência de diminuição. Portanto, mesmo constituindo um grupo demograficamente expressivo, a saúde da criança indígena tem sido pouco investigada. A ausência de dados demográficos para os povos indígenas manifesta-se de forma gritante ao se buscar levantar informações sobre mortalidade, incluindo a mortalidade infantil. Não raro, estudos de caso realizados em diferentes períodos ao longo das últimas quatro décadas têm revelado coeficientes de mortalidade infantil próximos ou superiores a 100/1.000, como entre os Xavante, os Panará e os Yanomámi (50).

O peso das doenças infecciosas e parasitárias na determinação da morbi-mortalidade da criança indígena no Brasil é revelado através de inúmeros estudos de caso realizados a partir da década de 80. A doença diarréica destaca-se dentre as principais causas de adoecimento e morte da criança indígena, seguida pela pneumonia (podendo ambas responder por 60-80% das causas de internação, segundo algumas análises). Nas regiões endêmicas, a malária pode representar cerca de metade ou mais dos atendimentos ambulatoriais e internações de crianças (51). No que pese a ampla cobertura vacinal com BCG, a tuberculose constitui importante endemia em expressiva parcela da população indígena no país, apresentando elevada incidência em crianças (52).

A situação alimentar e nutricional dos povos indígenas é preocupante. Há inúmeros registros de dificuldades de manutenção da sustentabilidade alimentar, o que acomete em particular grupos localizados em certas regiões do país, ainda que não unicamente. Essa situação é possivelmente ainda mais grave nas terras onde há conflitos com invasores e no caso dos grupos indígenas urbanizados. Assim, 40% do contingente indígena no Brasil está situado nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, onde se localizam somente 2% do total das terras demarcadas. A diminuição da diversidade de alimentos conseqüente ao processo de mudanças sócio-culturais e econômicas tem sido observada em vários grupos, assim como o rápido esgotamento de terras agriculturáveis e outros recursos naturais (caça, pesca) fundamentais à sustentabilidade alimentar.

Inquéritos nutricionais enfocando crianças indígenas realizados em diferentes etnias, notadamente no Centro-Oeste e na Amazônia, têm apontado para elevados níveis de desnutrição energético-proteica e de anemia nas crianças indígenas. Estudos realizados nas décadas de 80 e 90 entre crianças de 0-60 meses das etnias Gavião, Suruí, Zoró, Teréna, Xavante, Parakanã e Xinguanas, dentre outras, detectaram prevalências de déficit de crescimento superiores aos

valores observados para crianças não-indígenas no Brasil (em geral acima de 20%, alcançando 50% ou mais em alguns casos) (53). As prevalências de anemia são também elevadas, não raro atingindo mais de 50% da população de crianças nas aldeias (54).

Em parte devido às mudanças alimentares, incluindo o consumo de açúcar refinado e outros produtos industrializados, têm-se observado elevadas prevalências de cárie, com tendência para o aumento na proporção de dentes cariados e perdidos nas crianças indígenas.

Atualmente, nota-se entre os povos indígenas no Brasil a rápida emergência de um perfil epidemiológico caracterizado pelas doenças crônicas não-transmissíveis e múltiplos agravos relacionados a causas externas/violências. No caso da obesidade e *diabetes mellitus, é* sabido que seu surgimento na vida adulta está vinculado a padrões alimentares e de atividade física que remontam à infância. Entre os Xavánte, o sobrepeso é perceptível a partir da primeira década de vida.

Em diferentes etnias, o suicídio e o alcoolismo destacam-se como importantes questões de saúde em jovens e adolescentes. Entre os Tikúna, por exemplo, de um total de 55 registros de suicídio entre 1990 e 1997, 56,3% foram em jovens entre 12 e 18 anos de idade. Entre os Kaiowá, a maioria dos suicídios também tem sido observada nessa faixa de idade.

ANEXOS

Tabela 1: Cobertura e utilização de serviços de saúde para os menores de 10 anos segundo Grandes Regiões. Brasil, 1999

Regiões		Proporção de população com menos de 10 anos de idade (%)	Proporção de hospitalizações no SUS (%)	Proporção do custo de internações no SUS (%)	Proporção de famílias com Seguro Saúde (%)*
Norte		9,4	8,8	6,0	16,7
Nordeste		31,4	33,3	27,1	13,3
Sudeste		38,1	33,7	39,1	34,3
Sul		14,0	16,2	20,4	24,2
Centro Oeste		7,1	8,0	7,4	22,9
Brasil	**%**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**24,6**
	Nº	**33.921.749**	**2.156.782**	**R$ 760.096.984**	**-**

Fonte: DATASUS/ MS (www.datasus.gov.br)

* FIBGE/ Pesquisa sobre Padrões de Vida, 1999

Tabela 2: Gasto Público em Saúde. Brasil 1995-2000

Gasto Público em Saúde	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto total em saúde % PIB	7,7	7,9	8,1	8,2	8,3	8,7
Gasto público em saúde % Gasto total em saúde	40,3	37,7	39,9	40,0	40,8	40,2
Gasto privado em saúde % Gasto total em saúde	59,7	62,3	60,1	60,0	59,2	59,8
Gasto total per capita (US$)	338	380	397	385	260	280
Gasto total público per capita (US$)	136	143	159	154	106	113
Gasto total per capita em dólares internacionais ($)	507	542	580	589	599	672
Gasto público per capita em dólares internacionais ($)	204	204	232	236	245	270

Fonte: IPEA, 2002

Tabela 3: Estimativa do gasto (R$) do Ministério da Saúde com atividades voltadas à criança e ao adolescente. Brasil, 1999

Atividades	R$
Internações de 0-18 anos*	1.148.068.670,73
Programa Saúde da Família/ Agentes comunitários de Saúde*	323.999.282,00
Combate a carências nutricionais*	139.825.356,00
Coordenação materno-Infantil*	3.873.320,00
Outros atendimentos ambulatoriais básicos**	745.700.716,99
Atenção ambulatorial de media e alta complexidade**	1.571.223.207,95
Medicamentos estratégicos e excepcionais, controle de endemias e saneamento básico (FUNASA)**	606.801.459,07
Investimento do FNS**	161.833.099,76
TOTAL	4.701.325.112,50

Nota: * 100% do gasto observado ** gasto estimado em função do
Fonte: DATASUS/MS-1999

Tabela 4: Evolução do leite humano coletado, mães doadoras, bebês receptores de leite humano pasteurizado, e mulheres assistidas pelos Bancos de Leite Humano do Brasil no período de 1998 a 2001.

Indicadores	1988	1999	2000	2001	Total
Leite humano (litros)	61057	76746	79864	100528	318195
Doadoras	37339	52833	60441	66949	217562
Receptores	82205	98995	107484	104853	393537
Mulheres assistidas	299450	445683	644955	668308	2058396

Quadro 1: Calendário Básico de Vacinação. Brasil 2001			
IDADE	**VACINAS**	**DOSES**	**DOENÇAS EVITADAS**
Ao nascer	BCG – ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B	1ª. dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª. dose	Hepatite B
2 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	1ª. dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b
4 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	2ª. dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b
6 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª. dose	Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (1)	3ª. dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b
	Vacina contra hepatite B (2)	3ª. dose	Hepatite B
9 meses (3)	Vacina contra febre amarela	dose única	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral) (4)	dose única	Sarampo, rubéola, síndrome rubéola congênita e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	DTP (tríplice bacteriana)	reforço	Difteria, tétano e coqueluche
6 a 10 anos	BCG – ID (5)	reforço	Formas graves de tuberculose
10 a 11 anos	dT (dupla adulto) (6)	reforço	Difteria e tétano
	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela
Mulheres de 12 a 49 anos (7)	SR (dupla viral)	dose única	Sarampo, rubéola e síndrome rubéola congênita
A partir de 60 anos (8)	Vacina contra influenza	dose única	Gripe (Influenza)
	Vacina contra pneumococos	dose única	Pneumonias

OBSERVAÇÕES

Vacina tetravalente (DTP +Hib)

(1) A partir de 2002, *a* vacina*:* tetravalente (DTP + Hib) passa a substituir as vacinas DTP e Hib para as crianças menores de 1 ano de idade que estão iniciando esquema de vacinação. Assim, a criança receberá aos 2, 4 e 6 meses de idade uma dose da vacina tetravalente e aos 15 meses faz o reforço com a DTP.

Gráfico 1: Mortalidade proporcional por faixa etária nos menores de 10 anos por Grandes Regiões. Brasil, 1979-81, 1990-92 e 1998-2000

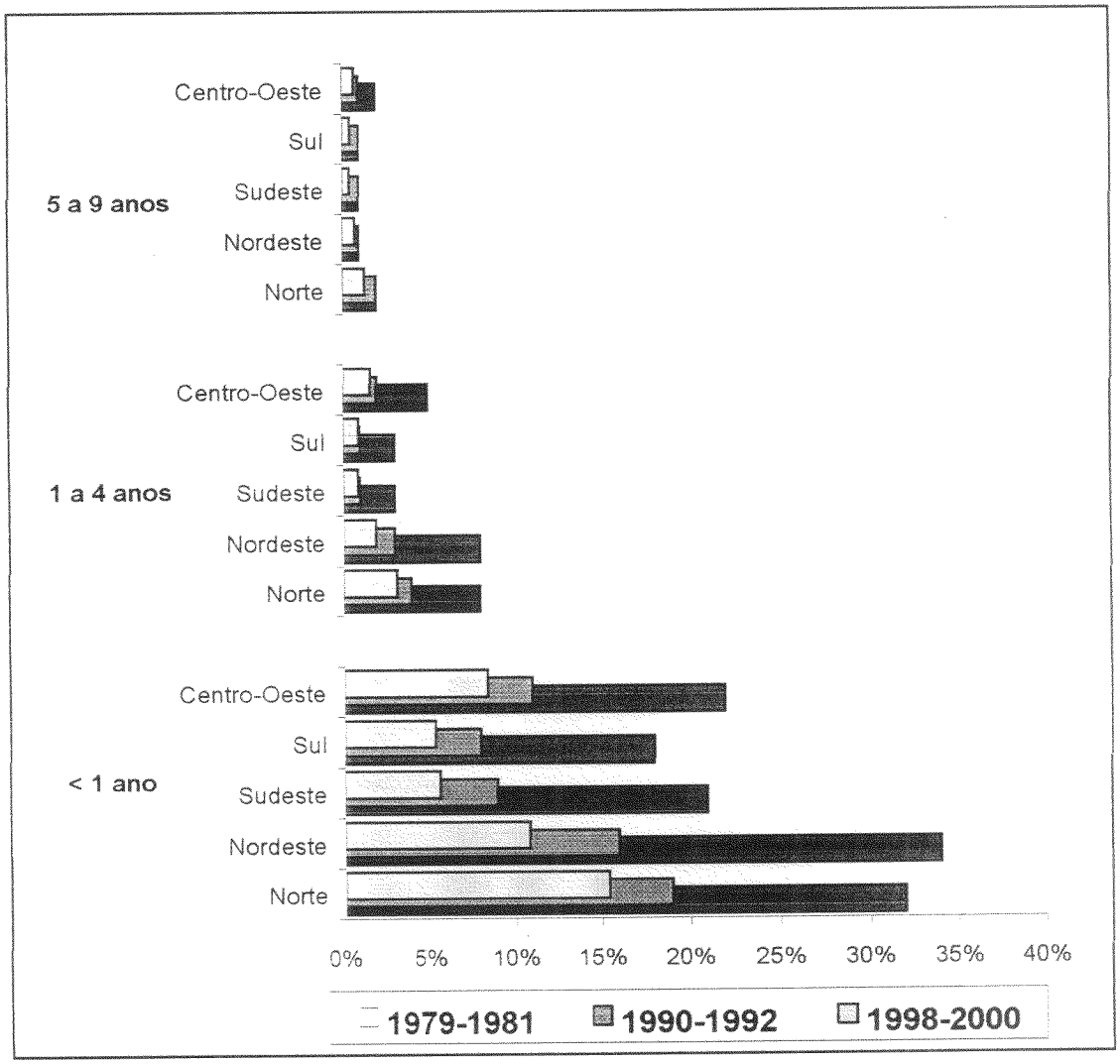
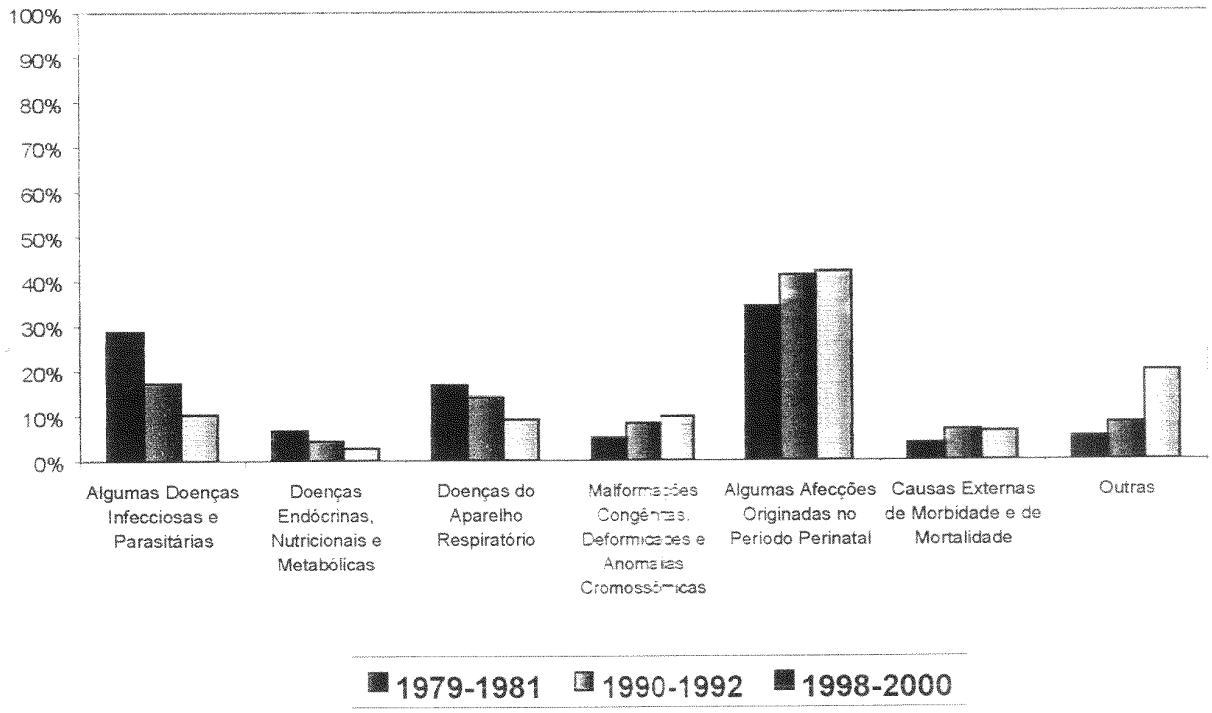


Gráfico 2: Mortalidade proporcional*(%) por grupos de causas em crianças com menos de 10 anos de idade. Brasil, 1979-81, 1990-92 e 1998-2000**



* Excluídos os óbitos sem definição da causa básica

** Os agrupamentos de causas estão denominados de acordo com a CID X. As correspondências em relação à CID IX, utilizada para classificar os óbitos dos períodos 1979-81 a 1990-92, estão apresentadas no Quadro 1.

Fontes: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Tabela 5: Número e proporção de óbitos por principais grupos de causas nos menores de 10 anos de idade. Brasil, 1999

Causas de Óbitos	< 1 ano		1 - 4 anos		5 - 9 anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	**6304**	9,1	**1972**	**16,4**	**504**	**9,1**	**8780**	**10,1**
Doenças Infecciosas Intestinais	3505	5,1	654	18,9	48	0,9	4207	4,8
Doenças do Aparelho Respiratório	**5015**	7,2	**2272**	**18,9**	**450**	**8,1**	**7737**	**8,9**
Pneumonia	3320	4,8	1475	12,2	279	5,0	5074	5,8
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	**36883**	53,2	**20**	**0,2**	**2**	**0,0**	**36905**	**42,5**
Transtornos Respiratórios e Cardiovasculares Específicos no Período Perinatal	21916	31,6	10	0,1	-	-	21926	25,2
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	**7564**	10,9	**708**	**5,9**	**184**	**3,3**	**8456**	**9,7**
Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório	2819	4,1	392	3,3	107	1,9	3318	3,8
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	**1264**	1,8	**2094**	**17,4**	**2145**	**38,7**	**5503**	**6,3**
Acidentes de Transportes	144	0,2	608	5,0	945	17,1	1697	2,0
Afogamentos e Submersões Acidentais	32	0,0	522	4,3	450	8,1	1004	1,2
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outras Partes	**8003**	11,5	**2092**	**17,3**	**629**	**11,4**	**10724**	**12,3**
Outras Causas	**4312**	6,3	**2888**	**23,9**	**1622**	**29,4**	**8822**	**10,2**
Total	69345	100,0	12046	100,0	5536	100,0	86927	100,0

Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Tabela 6: Indicadores selecionados de hospitalizações no SUS por principais grupos de causas de internação entre menores de 10 anos de idade. Brasil, 1999

Causas de Internação	Nº	%	Média de permanência (dias)	Letalidade (por 100 internações)	Custo Médio (R$)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	**428297**	**19,9**	**5,0**	**2,1**	**222,13**
Diarréia e Gastroenterite de Origem Infecciosa presumível	140030	6,5	4,2	0,5	164,03
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	187934	8,7	4,2	0,7	168,34
Doenças do Aparelho Respiratório	**857383**	**39,8**	**4,9**	**0,6**	**298,92**
Pneumonia	532816	24,7	5,5	0,6	298,42
Asma	189285	8,8	3,3	0,1	283,43
Doenças do Aparelho Digestivo	**155516**	**7,2**	**3,4**	**0,7**	**296,02**
Outras Doenças dos Intestinos e Peritônio	58271	2,7	4,3	0,5	304,16
Hérnia Inguinal	44361	2,0	1,6	0,0	198,20
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	**236413**	**10,9**	**8,4**	**6,2**	**629,55**
Outros Transtornos Respiratórios Originados no Período Perinatal	110378	5,1	6,3	3,4	551,32
Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras conseqüências de Causas Externas	**93048**	**4,3**	**4,1**	**0,8**	**370,93**
Fratura de outros ossos dos membros	29916	1,4	2,7	0,0	561,60
Total	**2156782**	**100,0**	**5,2**	**1,8**	**352,04**

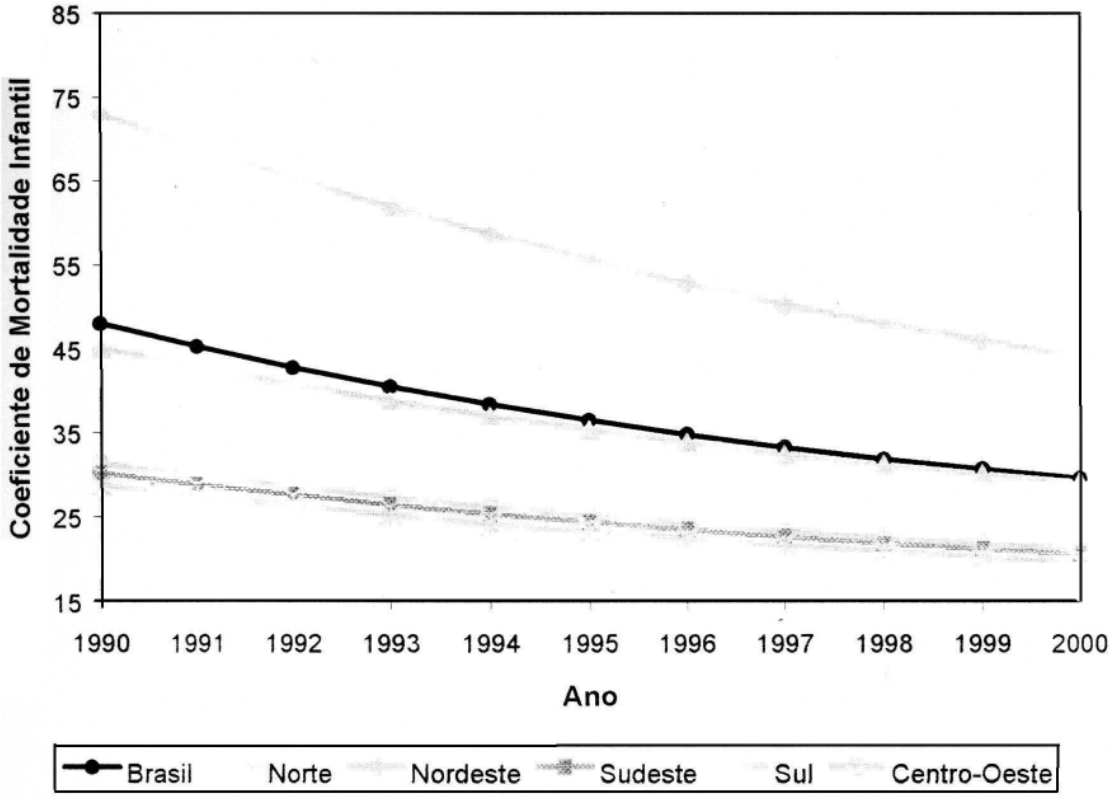
Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Tabela 7: Taxas de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos) para o Brasil e Grandes Regiões, 1990-2000

Ano	Taxas de mortalidade infantil					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1990	48,0	45,1	72,9	30,2	28,7	31,3
1991	45,3	42,8	69,0	28,8	27,4	29,8
1992	42,8	40,8	65,3	27,6	26,3	28,5
1993	40,5	38,8	61,8	26,4	25,2	27,2
1994	38,4	37	58,6	25,3	24,2	26,1
1995	36,5	35,4	55,6	24,4	23,3	25,1
1996	34,8	33,9	52,8	23,5	22,5	24,1
1997	33,3	32,5	50,3	22,7	21,7	23,3
1998	31,9	31,3	48,1	21,9	21,0	22,5
1999	30,7	30,2	46,0	21,2	20,3	21,8
2000	29,6	29,2	44,2	20,6	19,7	21,2

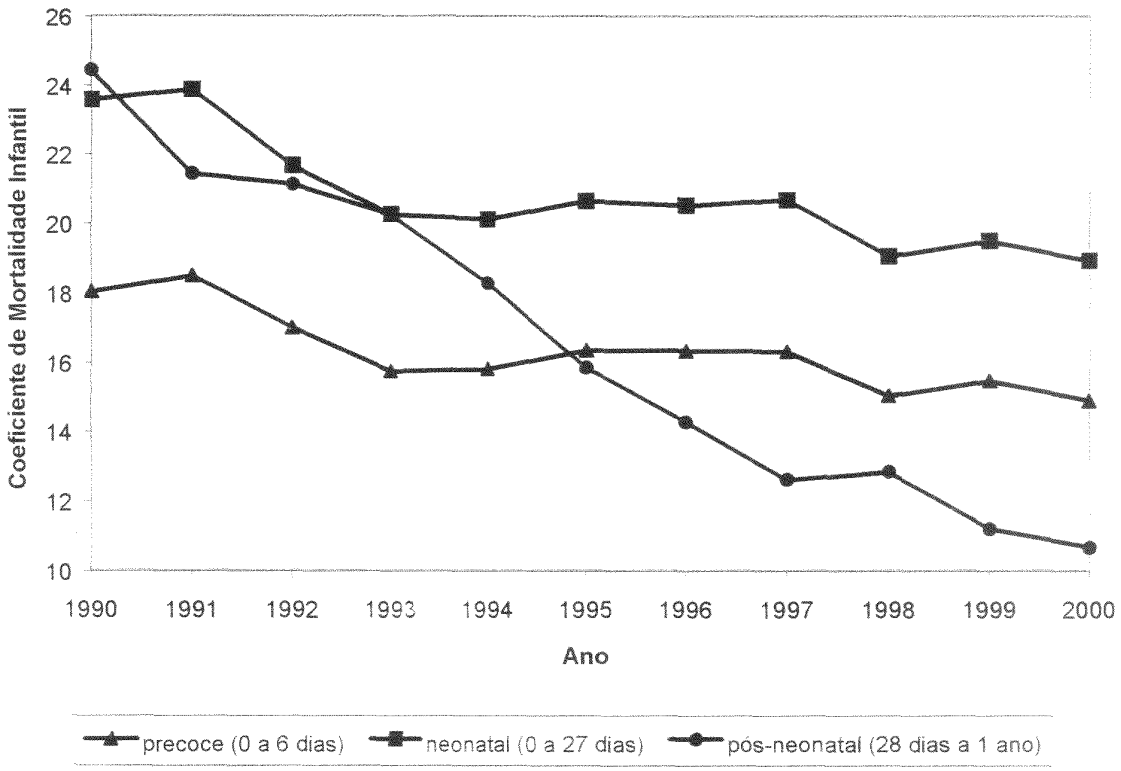
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970-2000 – ReSultados preliminares (www.ibge.gov.br)

Gráfico 3: Evolução temporal dos Coeficientes de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos), por Grandes Regiões. Brasil, 1990-2000



Fonte: FIBGE. (www..ibge.gov.br)

Gráfico 4: Evolução temporal dos coeficientes de mortalidade (por 1000 nascidos vivos) por grupo etário entre os menores de um ano. Brasil, 1990-2000



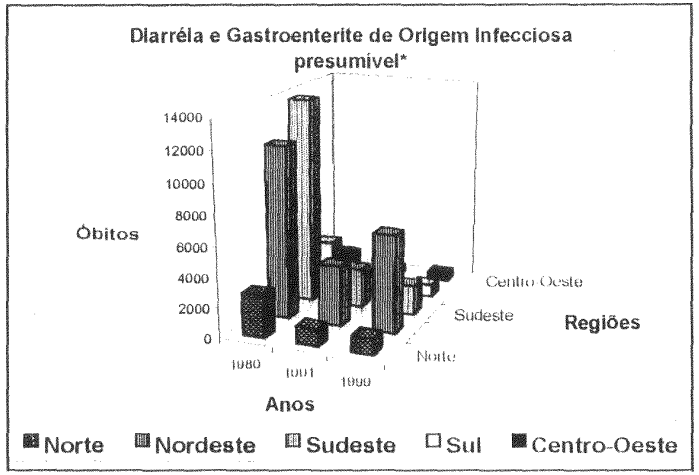
Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br) e FIBGE (www.ibge.gov.br)

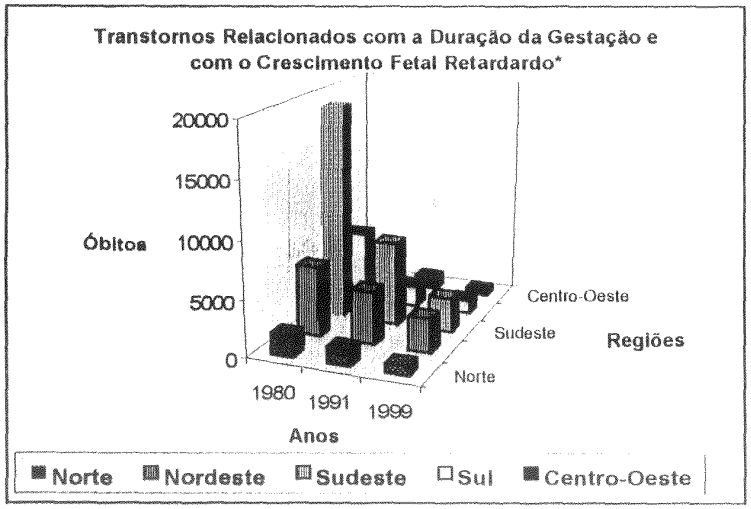
Tabela 8: Mortalidade proporcional (%) por principais causas de óbitos[1] entre as crianças menores de 1 ano, segundo as Grandes Regiões. Brasil, 1990 e 1999

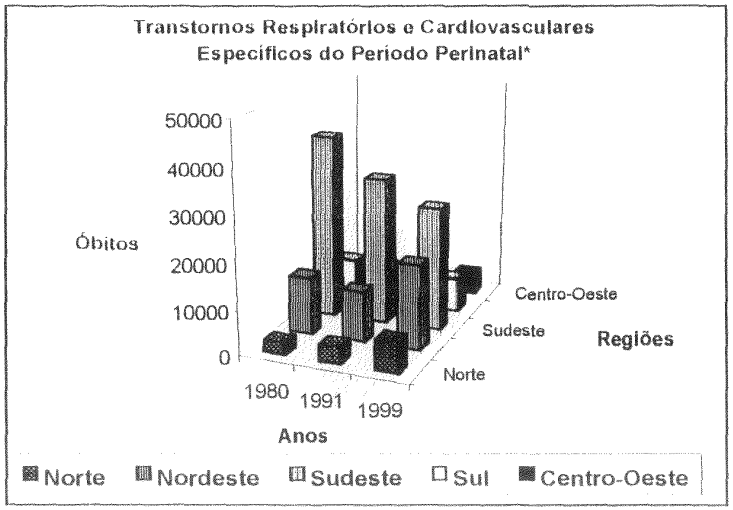
Causas de morte	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	1990	1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999
Doenças Infecciosas Intestinais	26,9	5,2	22,4	11,6	9,0	2,5	10,8	3,0	11,4	3,8	13,9	5,7
Pneumonia	9,7	6,0	9,6	5,2	11,7	5,7	12,2	5,2	9,7	4,3	11,0	5,4
Deficiências Nutricionais	3,3	3,0	4,0	4,0	4,0	1,5	3,6	1,5	2,4	1,5	3,8	2,4
Afecções Originadas no Período Perinatal	43,5	64,5	45,9	57,2	52,2	62,1	47,7	58,0	50,5	59,3	49,4	60,0
Malformações congênitas	5,6	9,5	4,9	7,9	9,1	14,0	12,2	18,0	9,7	16,1	8,3	12,3

(1) Entre os óbitos com definição de causa básica.

Gráfico 5: Número de "óbitos por diarréias e gastroenterite de origern infecciosa presumível", "transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal retardado", "transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal" entre os menores de um ano de idade por Grandes Regiões. Brasil, 1979-81, 1990-92 e 1998-00

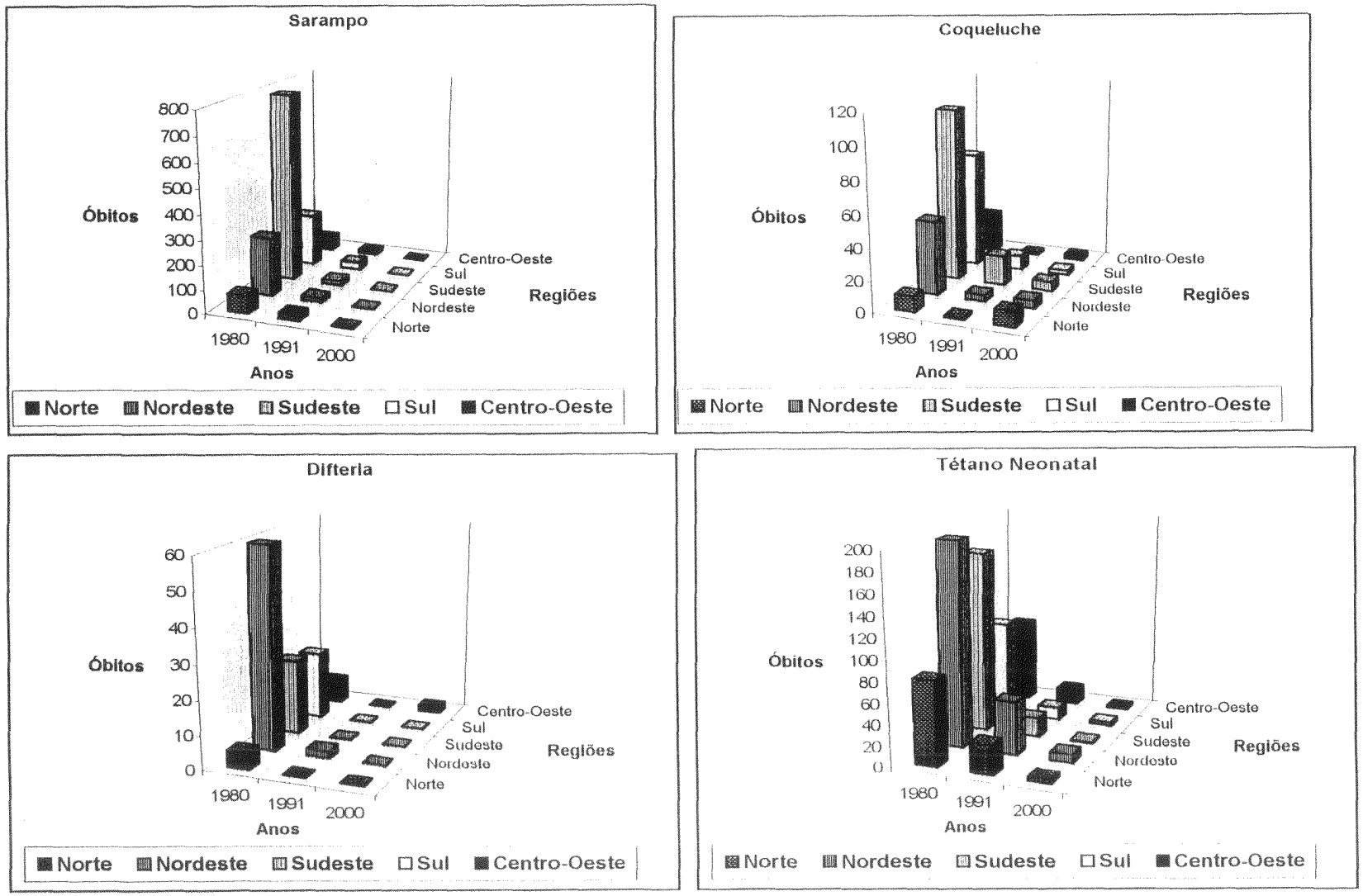






* Os agrupamentos de causas estão denominados de acordo com a CID X. As correspondências em relação à CID IX, utilizada para classificar os óbitos dos períodos 1979-81 e 1990-92 estão apresentadas no Quadro 1.
Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Gráfico 6: Números de óbitos por "sarampo", "coqueluche", "difteria" e "tétano neonatal" entre os menores de um ano de idade por Grandes Regiões. Brasil, 1980, 1991 e 2000



Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Tabela 9: Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer segundo o número de conSultas de atendimento pré-natal. Brasil, 1999

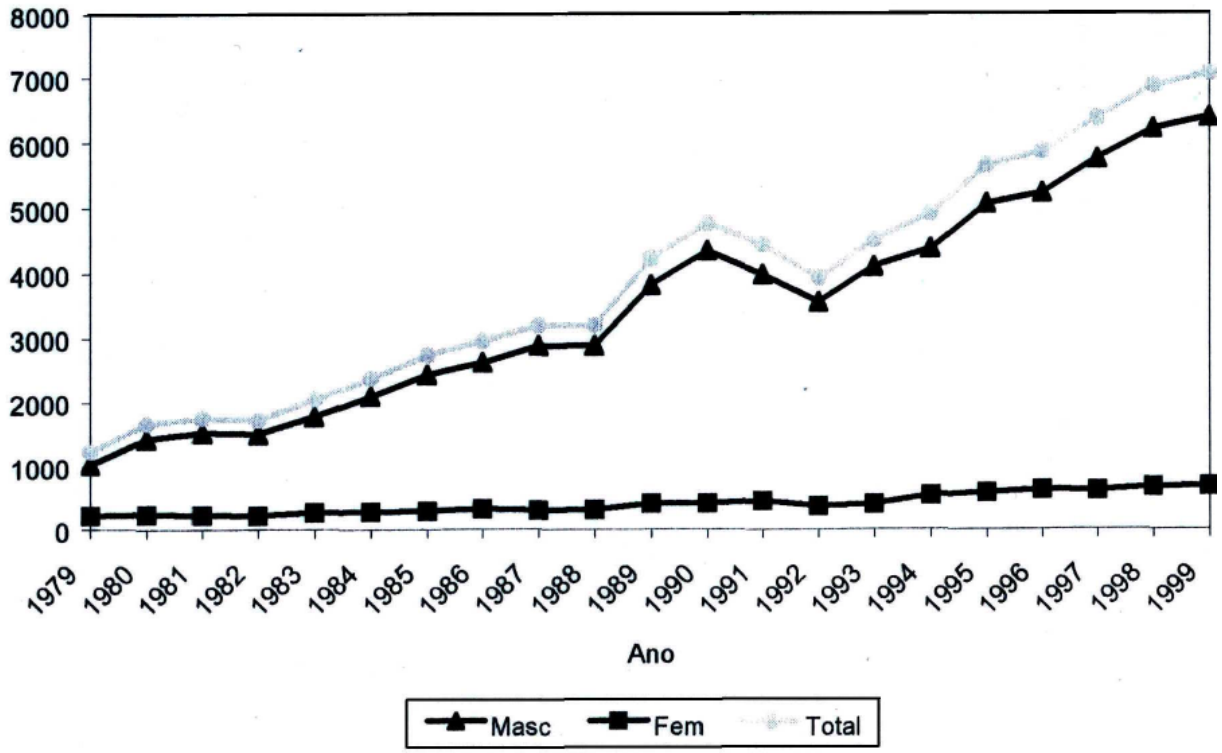
Número de conSultas	< 1500 g		1500 a 2499 g		< 2500 g	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	4383	2,6	15996	9,6	20379	12,2
1 a 6 conSultas	15825	1,2	97304	7,6	113129	8,8
Mais que 6 conSultas	6568	0,4	84332	5,6	90900	6,1
Total	**26776**	**0,9**	**197632**	**6,7**	**224408**	**7,6**

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Tabela 10: Mortalidade proporcional (%) por principais grupos de causas[1] entre os adolescentes de 10 a 19 anos segundo o sexo. Brasil, 1980, 1990 e 1999

Causa de morte	1998			1990			1999		
	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Doenças infecciosas e parasitarias	6,5	9,1	7,4	4,2	6,9	5,0	2,9	6,4	3,9
Neoplasmas	6,1	8,6	7,0	4,7	9,3	6,0	4,9	10,8	6,4
Doenças do aparelho circulatório	6,4	10,9	8,0	4,1	9,4	5,6	3,4	8,7	4,8
Doenças do aparelho respiratório	4,8	8,4	6,0	4,1	8,6	5,3	3,8	7,7	4,8
Complicações da gravidez, parto e puerpério	-	4,8	1,7	-	3,8	1,0	-	4,2	1,1
Causas externas	64,1	38,0	55,0	73,7	42,3	65,0	77,2	43,2	68,3

Gráfico 7: Numero de homicídios segundo o sexo entre adolescentes de 10 a 19 anos. Brasil, 1979-1999



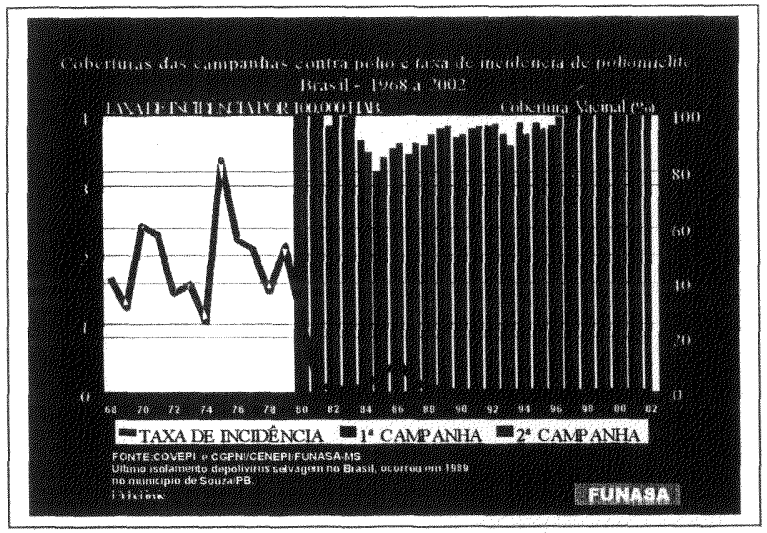
Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

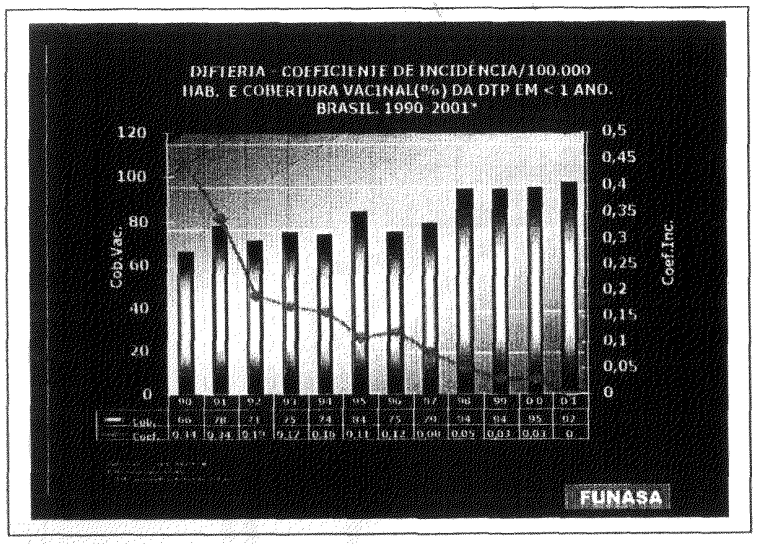
Tabela 11: Proporções de mães sem atendimento pré-natal e de baixo peso ao nascer segundo a idade da mãe. Brasil, 1999

Indicadores	Idade da Mãe							
	10 a 14		15 a 19		20 a 34		35 e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número de mães sem atendimento	2370	8,6	46964	6,5	49334	6,5	98668	6,5
Nº de nascidos vivos de baixo peso	3555	12,9	62646	8,6	151134	20,0	25991	1,7
Total de nascidos vivos	27518	0,9	726642	22,6	754160	68,2	1508320	8,3

Fonte: DATASUS/MS (www.datasus.gov.br)

Gráfico 8: Evolução temporal de coberturas vacinais e taxas de incidência de doenças imunopreviníveis selecionadas no Brasil





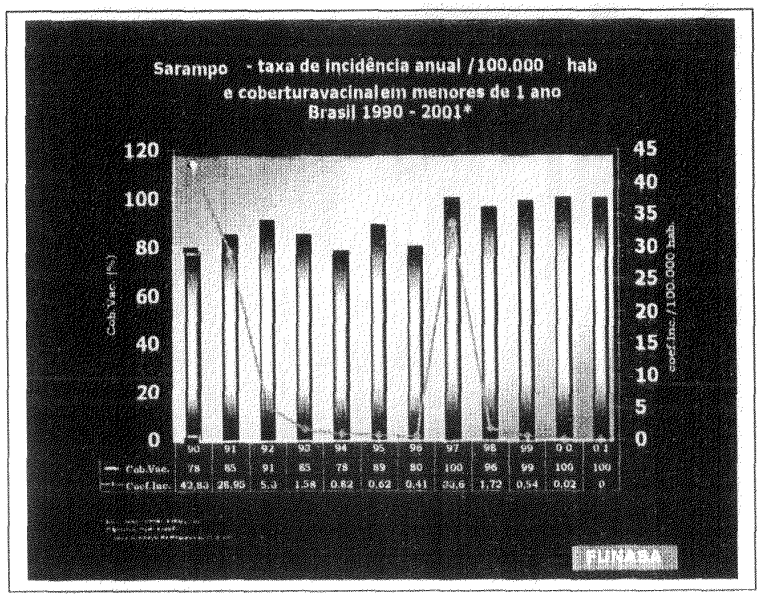


Gráfico 9: Evolução temporal da sobrevida entre os casos por transmissão materno-infantil no Brasil

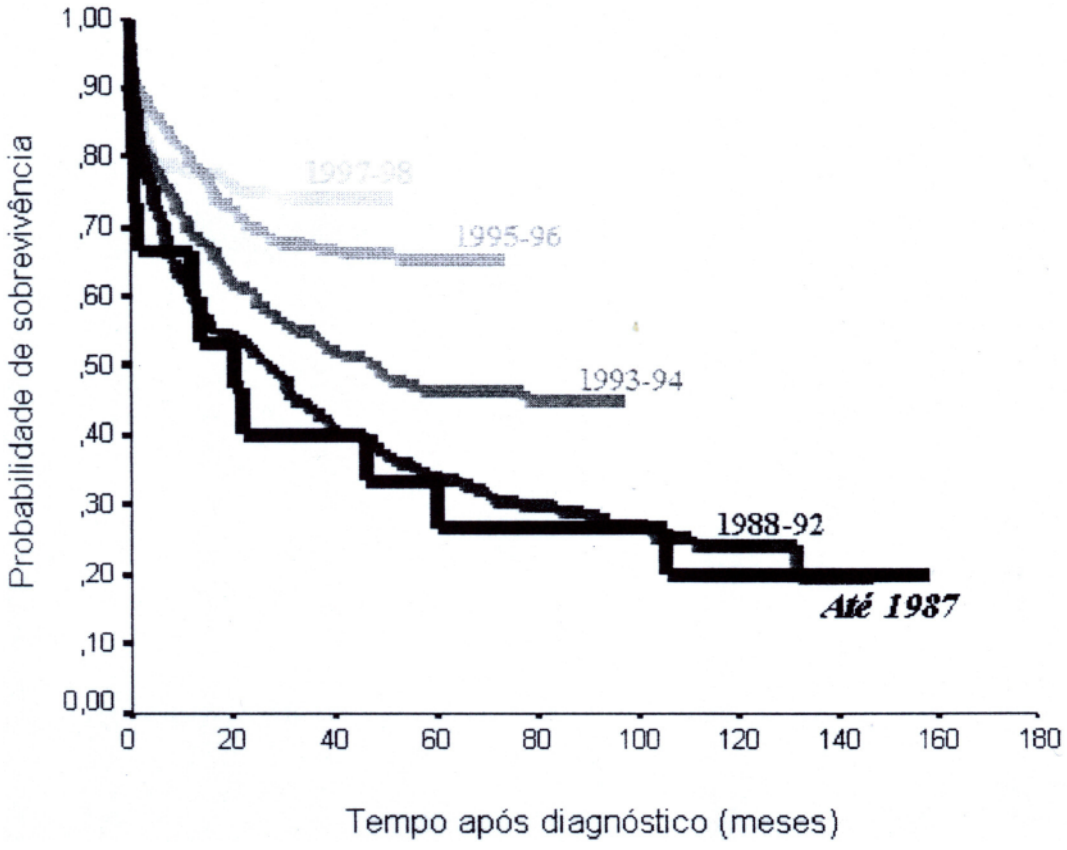


Tabela 12: Proporções (%) de conscritos segundo indicadores de comportamento sexual por Grandes Regiões. Brasil, 2000

Indicadores	Região					Brasil
	N	NE	SE	S	CO	
Atividade sexual	86,2	84,0	82,2	82,2	86,2	83,3
Iniciação sexual com menos de 14 anos	21,7	19,6	19,8	17,3	21,4	19,7
Mais do que 10 parceiros na vida	25,6	20,2	19,3	19,4	22,4	20,3
Mais do que 5 parceiros casuais no último ano	6,1	4,7	5,7	4,4	5,5	5,2
Pelo menos um parceiro pago	17,6	16,9	18,8	15,8	15,3	17,4
Pelo menos um parceiro pagante	6,4	6,3	5,7	5,6	5,7	5,9
Uso de preservativo na última relação sexual	70,7	69,6	68,7	73,0	67,1	69,6
Uso de preservativo em todas as relações sexuais no último ano	45,2	48,6	50,0	54,7	47,9	49,7
Homo/bissexuais	5,1	3,4	2,7	2,7	3,3	3,2

Tabela 13: Percentuais (%) de conscritos que relataram uso de preservativo em todas as relações sexuais segundo Grande Região, Brasil, 1997 e 2000

Região	Grau de Escolaridade	Uso de preservativo em todas as relações sexuais	
		1997	2000
Norte	1º grau incompleto	29,7	46,4
	1º grau completo	22,9	43,7
	Total	27,1	45,2
Nordeste	1º grau incompleto	31,3	48,8
	1º grau completo	32,9	48,4
	Total	32,0	48,6
Sudeste	1º grau incompleto	38,7	49,5
	1º grau completo	41,7	50,4
	Total	40,2	50,0
Sul	1º grau incompleto	38,9	51,8
	1º grau completo	46,0	57,0
	Total	43,2	54,7
Centro-Oeste	1º grau incompleto	37,7	47,9
	1º grau completo	33,4	48,0
	Total	35,9	47,9
Brasil	1º grau incompleto	36,1	49,1
	1º grau completo	39,1	50,2
	Total	37,6	49,7

Tabela 14: Médias dos índices de comportamento sexual de risco (ICSR) segundo níveis de variáveis sócio-econômicas selecionadas entre os conscritos que são sustentados por familiares. Brasil, 2000

Variável	Níveis	ICSR	n
Grau de Escolaridade	1º grau incompleto	0,94	3185
	1º grau completo	0,94	3888
	2º grau completo	0,74	1791
Grau de Escolaridade da mãe	Analfabeta	1,10	1458
	1º grau incompleto	0,93	3950
	1º grau completo	0,79	8500
Grau de Escolaridade do pai	Analfabeto	1,07	1419
	1º grau incompleto	0,93	4316
	1º grau completo	0,79	3124
Ainda estuda	Não	0,98	1743
	Sim	0,88	7171
Número de bens	0-1	1,11	964
	2-4	0,95	6096
	5	0,62	1895
Número de cômodos	Até 3	1,14	1790
	4 e mais	0,84	7012
Tipo de piso	Taco/ carpete/ cerâmica/ cimento	0,88	8060
	Madeira aproveitada	1,10	382
	Terra batida	1,20	163
Renda das pessoas que moram com conscrito	Até 3 SM	0,95	5055
	3-5 SM	0,92	1440
	5-10 SM	0,75	1056
	Mais de 10 SM	0,59	821

Fonte: CNDST/ AIDS, 2002

Tabela 15: Prevalência de uso de tabaco na vida entre escolares (10 a 18 anos) em 10 capitais brasileiras. Brasil 1987, 1989, 1993 e 1997

Ano	Belém	B. H.	DF	Curitiba	Fortaleza	Porto Alegre	Recife	RJ	Salvador	SP
1987	22,0	23,2	22,4	18,4	21,6	20,8	20,5	22,7	17,9	25,4
1989	30,3	34,0	27,7	24,1	24,7	29,7	21,6	27,1	22,8	31,8
1993	29,9	37,0	26,7	29,9	25,7	31,7	25,6	25,5	19,3	29,1
1997	27,1	34,3	33,7	41,0	32,8	44,1	26,7	26,9	30,5	30,7

Fonte: CEBRID, 1997

Tabela 16: Análise de tendência de consumo (uso na vida) de vários psicotrópicos entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras. Brasil, 1987, 1989, 1993 e 1997

Drogas	1987	1989	1993*	1997*
Solventes	14,7	17,3	15,4	13,8
Ansiolíticos	5,9	7,2	5,3	5,8
Anfetamínicos	2,8	3,9	3,1	4,4
Maconha	2,8	3,4	4,5	7,6
Cocaína	0,5	0,7	1,2	2,0
Anticolinérgicos	0,5	1,0	1,4	1,3
Barbitúricos	1,6	2,1	1,3	1,2
Xaropes	1,3	1,5	1,3	1,0
Total de usuários	21,1	26,1	22,8	24,7

Fonte: CEBRID, 1997

Tabela 17: Distribuições de freqüências percentuais (%) de conscritos segundo o uso de bebidas alcoólicas, maconha e cocaína e a idade média de início de uso entre aqueles que já experimentaram a droga. Brasil, 1999

Freqüência de uso	Bebidas Alcoólicas	Maconha	Cocaína		
			Cheirada	*Crack*	Injetada
Nunca usei	21,8	80,0	92,8	96,0	98,1
Só experimentei	16,4	8,8	3,4	1,9	0,9
Já usei, não uso mais	9,1	5,6	2,3	1,1	0,4
Uso de vez em quando	32,8	2,7	0,8	0,4	0,2
Uso só nos finais de semana	18,6	1,1	0,5	0,4	0,3
Uso todo dia/ quase todo dia	1,3	1,7	0,2	0,3	0,2
Idade média	14,4	15,3	15,7	15,5	14,9

Tabela 18: Índices médios de comportamento sexual de risco (ICSR) por grau de escolaridade segundo o uso de bebidas alcoólicas, o uso de drogas ilícitas e as vias de uso de cocaína. Brasil, 1999

Bebidas Alcoólicas						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Constante	Nunca/Esporádico	p-valor	Constante	Nunca/Esporádico	p-valor
ICSR	1,16	0,71	0,000	0,78	0,65	0,000
Maconha						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Já experimentou	Nunca	p-valor	Já experimentou	Nunca	p-valor
ICSR	1,62	0,91	0,000	1,00	0,73	0,000
Cocaína						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Já experimentou	Nunca	p-valor	Já experimentou	Nunca	p-valor
ICSR	2,06	1,01	0,000	1,74	0,77	0,000
Cocaína Cheirada						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Já experimentou	Nunca/Esporádico	p-valor	Já experimentou	Nunca/Esporádico	p-valor
ICSR	1,98	1,02	0,000	1,74	0,78	0,000
Crack						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Já experimentou	Nunca	p-valor	Já experimentou	Nunca	p-valor
ICSR	2,22	1,06	0,000	1,87	0,82	0,000
Cocaína Injetada						
Índices	1º grau incompleto			1º grau completo		
	Já experimentou	Nunca	p-valor	Já experimentou	Nunca	p-valor
ICSR	2,65	1,06	0,000	2,10	0,83	0,000

Fonte: CNDST/AIDS, 2002