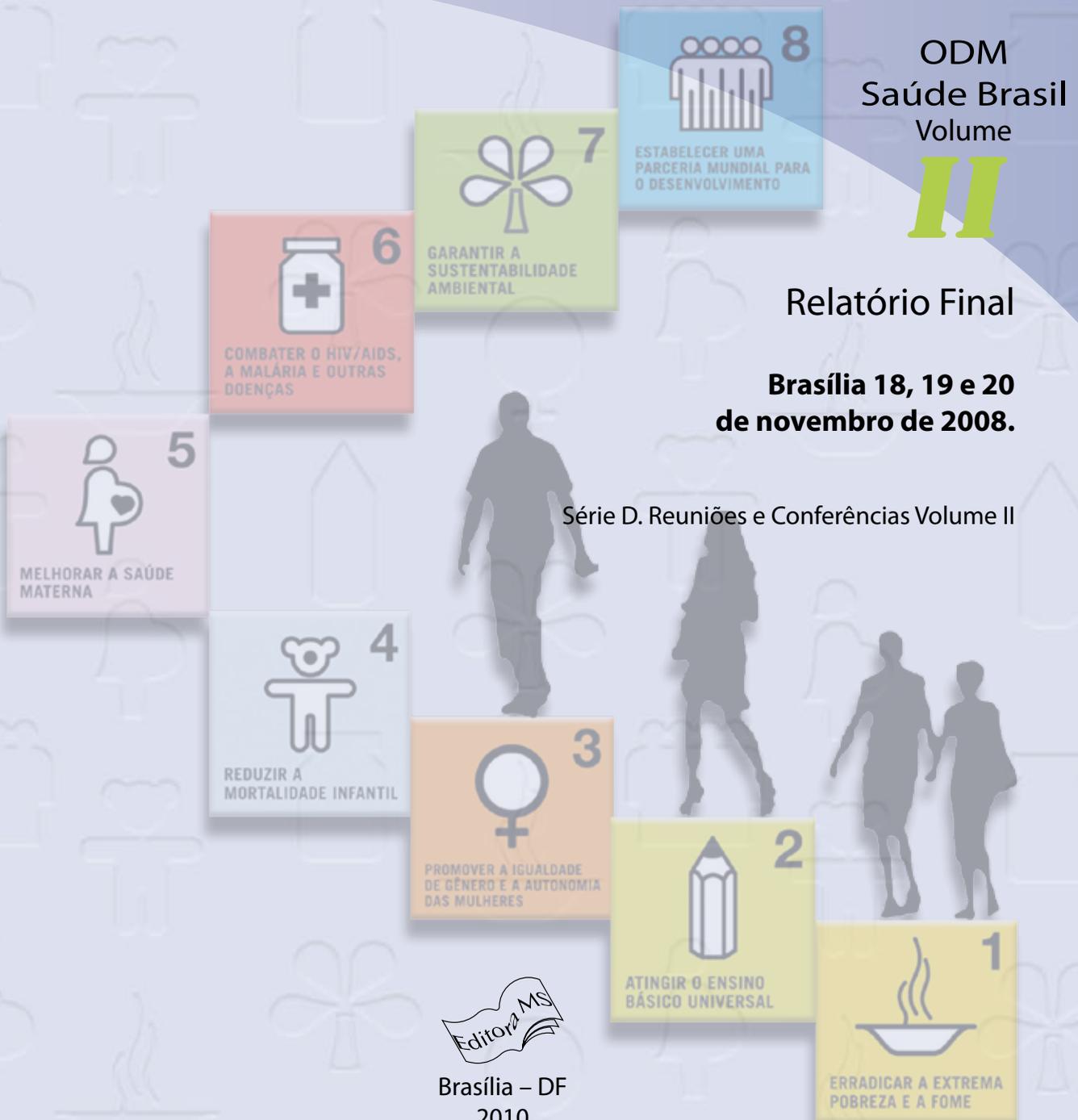


I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde: Rumo ao Alcance das Metas de 2015

ODM
Saúde Brasil
Volume
II



I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde: Rumo ao Alcance das Metas de 2015



© 2010 Ministério da Saúde.

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

Série D. Reuniões e Conferências / Série ODM Saúde Brasil v. II
Tiragem: 1ª edição – 2010 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 5. andar.
CEP: 70058-900 - Brasília - DF
Home page: www.saude.gov.br

Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9. andar, Sala 900
CEP: 70058-900 - Brasília - DF
Tel.: (61) 3315-2626
Home page: www.saude.gov.br/sas
Email: audienciasas@saude.gov.br

Organização:

Adson França, Marcela Distrutti e Mariângela Simão

Coordenação Técnica:

Adson França
Marcela Distrutti
Tatiana Lionço
Sueli Moreira Rodrigues
Lena Vânia Carneiro Peres

Colaboradores desta publicação:

Adson França
Tatiana Lionço
Sueli Moreira Rodrigues
Mirna Lucia de Almeida Corrêa
Valeria Cristina da S. Aguiar
Fernando William Evangelista
Lena Vânia Carneiro Peres
Leilson Clei Vasconcelos
Cristiane Vasconcelos Cruz
Terezinha Marques da Silva
Beatriz Helena Rodante Alem
Luiz Roberto Ferreira da Silva Junior
Maria Amália P. Brant Pereira
Antonio Barbosa de Sousa Filho
Carlos Roberto de Santana
Maria José Rodrigues da Silva
Suzuleide Barros Oliveira
Elmo Renato

Rosilene Ischiara
Andreia Borges de Souza Sá
Flavia Silva De Melo
Eduardo Botelho Barbosa
Igino Rodrigues Barbosa Filho (AISA)
Luciano Ávila Queiroz (AISA)
Julia Helida Costa (AISA)
Viviane de Faria Gonçalves
Augusto Cesar Medeiros De Simone
Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A. Silva
Juliana Mucury (tradutora)
Otaliba Libânio de Moraes Neto
Regina Viola
Vera Barea (in memoriam)
Mariângela Simão
Juan Cortes
Ana Estela Haddad
Andre Luis Bonifácio Carvalho

Ana Maria Costa
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo
Claunara Schilling
Karla Larica Wanderley
Adail de Almeida Rollo
Ezaú Pontes
Josafá dos Santos
Giani Cezimbra
Dario Pasche
José Luiz Telles
Thereza de Lamare Franco Netto
Elsa Giugliani
Lílian Cordova do Espírito Santo
Erika Pisaneschi
Baldur Schubert
Maria Thereza Gonçalves De Freitas
Pedro Gabriel Godinho Delgado
Sívio Albuquerque (ministro MRE)

Projeto gráfico e diagramação:

Marcelo Rodrigues (Gráfica e Editora Brasil, por meio da Ata de Registro de preços 23/2009 – VALEC)

Equipe Editora MS:

Revisão: Caroline Milagre Côrtes e Khamila Christine Pereira Silva
Criação de capa: Marcus Monici
Normalização: Delano de Aquino Silva

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015. Brasília/DF, 2008. relatório final/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

131 p. : il. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série ODM Saúde Brasil ; v. II)

ISBN 978-85-334-1752-6

1. Saúde pública. 2. Mortalidade infantil. 3. Saúde Materna. 4. DST e AIDS. I. Título. II. Série.

CDU 614(042.3)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0587

Títulos para indexação:

Em inglês: First International Conference on Monitoring the Millennium Development Goals in the Health Sector: towards achieving the 2015 targets

Em espanhol: 1ª Conferencia Internacional sobre el Control de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Sector Salud la consecución de los objetivos de 2015

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO.....	5
2	APRESENTAÇÃO.....	7
3	SUMÁRIO EXECUTIVO.....	9
3.1	Objetivos de Desenvolvimento Do Milênio No Setor Saúde: o que o Brasil está fazendo ...	9
3.2	Resultados.....	10
4	ANTECEDENTES.....	13
5	METODOLOGIA.....	15
6	CONFERÊNCIA BRASILEIRA E INTERNACIONAL DE MONITORAMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DO SETOR SAÚDE.....	19
6.1	Solenidade de Abertura	19
6.2	Painéis Temáticos	23
6.3	Plenárias	80
6.4	Grupos de Trabalho	98
6.5	Encerramento	103
7	PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES	107
8	CARTA DE BRASÍLIA.....	115
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS	121
	ANEXOS.....	123
	Anexo A - Portaria 2.799/2008.....	123
	Anexo B - Portaria 2.800/2008.....	125
	Anexo C - Portaria 2.801/2008.....	127
	Anexo D - Portaria 2.802/2008.....	129

1 PRÓLOGO

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), firmados no ano 2000, em Conferência Mundial da ONU, na cidade de Nova York, constituem um marco político único para reduzir a pobreza no mundo, em todas as suas dimensões, e garantir os direitos humanos fundamentais das pessoas.

Hoje, cerca de 1,4 bilhões de pessoas vivem na pobreza extrema (UNITED NATIONS, 2008a), 923 milhões de pessoas passam fome (WORLD FOOD PROGRAME, 2010) e 9,7 milhões de crianças morrem, anualmente, antes de completar 5 anos (UNITED NATIONS, 2008b) de idade.

As desigualdades entre as nações são enormes. As chances de uma criança que nasce em um país em desenvolvimento morrer antes dos 5 anos de idade são 13 vezes maiores do que uma criança que nasce em uma região desenvolvida (UNITED NATIONS, 2008b).

A saúde é um dos componentes fundamentais da luta contra a pobreza. Afinal, uma criança saudável é mais produtiva na escola, assim como um trabalhador sadio é mais rendoso no trabalho.

O cumprimento dos ODM no mundo é um compromisso de todos os países, inclusive dos mais desenvolvidos, aos quais cabe apoiar os menos desenvolvidos, como mencionado na Declaração do Milênio das Nações Unidas. Esse desafio requer iniciativas dos governos nacionais e estratégias de cooperação entre as nações.

O alcance das Metas do Milênio, propostas até o final de 2015 pelos países, não representa, apenas, conquistas ou dificuldades individuais. Essa vitória evidencia as potencialidades e as barreiras para a consolidação de um mundo mais justo através da colaboração de todos.

O chamado “Setor Saúde” mantém vínculo estreito com os oito objetivos, suas metas e submetas. Por isso, a Saúde precisa ser vista por Dirigentes de países, Empresários e a Sociedade Civil Organizada, como investimento produtivo e não como “gasto público”.

E nesse sentido o Brasil, segue na vanguarda do debate sobre o Complexo Produtivo da Saúde. Esse setor em nosso país emprega 10% dos trabalhadores e se responsabiliza por 8% do Produto Interno Bruto (PIB).

No mundo em geral, conjuntamente com a indústria bélica, que não é o nosso campo, o chamado Setor Saúde é o que mais incorporou tecnologia na última década.

2 APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta uma síntese da I Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde e da I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde, realizada entre os dias 18 e 20 de novembro de 2008 em Brasília (DF), Brasil.

O encontro, promovido pelo Ministério da Saúde (MS) e o Ministério das Relações Exteriores (MRE), realizou um recorte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) diretamente relacionados à área da saúde: o ODM 4 – reduzir a mortalidade na infância –, o ODM 5 – melhorar a saúde materna –, e o ODM 6 – combater o HIV/aids, a malária e outras doenças.

Existem muitos caminhos para os países alcançarem essas Metas. O principal objetivo da Conferência foi discutir e qualificar essas opções: (i) compartilhar experiências e desafios; (ii) evidenciar as intervenções que acarretaram resultados positivos em determinados países; e (iii) identificar/acordar estratégias para alcançar os ODM 4, 5 e 6 nos próximos seis anos.

Nesse valoroso encontro internacional também foi reivindicada a realização de uma nova reunião de Chefes de Estado, culminando na aprovação e organização da “Cúpula de Revisão dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” realizada na cidade de Nova Iorque/EUA entre 20 e 23 de setembro de 2010, sendo dirigida pelo Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Ban Ki-moon.

Durante tal evento, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Portal ODM Saúde nos idiomas português, inglês e espanhol, tornando-se o primeiro país com essa relevante iniciativa e que converge os esforços do Setor Saúde na integração de suas ações com o alcance das metas pactuadas nos ODM.

O evento contou com a participação de representantes de 17 países da África, América Latina e Caribe, América do Norte e Europa¹, mais de 60 gestores estaduais e municipais, 50 representantes da sociedade civil organizada, oito sociedades de especialidades médicas, oito conselhos de direitos da pessoa e nove organismos internacionais², entre muitos outros convidados.

O presente documento estrutura-se da seguinte forma:

- Antecedentes
- Metodologia
- I Conferência Brasileira e Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde
 - Abertura
 - Painéis Temáticos
 - Plenárias

¹ Argentina, Bahamas, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Colômbia, Cuba, Espanha, França, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e São Tomé e Príncipe.

² Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco); Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA); Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem); e Fundo Internacional para a Compra de Remédios (UNITAID).

- Grupos de Trabalho
- Encerramento
- Propostas e recomendações
- Carta de Brasília
- Considerações Finais
- Anexos: Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde

Uma conquista mundial

Os ODM constituem um marco político único para reduzir a pobreza no mundo, em todas as suas dimensões, e garantir os direitos humanos fundamentais das pessoas.

Alcançar os ODM no mundo é um compromisso que envolve todos os países. Esse desafio exige iniciativas nacionais e cooperação entre as nações.

O cumprimento dos ODM em 2015 não representará, apenas, conquistas ou derrotas individuais dos países. Essa vitória evidenciará as potencialidades e as barreiras existentes para a construção e consolidação de um mundo mais justo por meio da colaboração de todos.

MINISTRO DAS RELAÇÕES EXTERIORES

MINISTRO DA SAÚDE

3 SUMÁRIO EXECUTIVO

3.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde: o que o Brasil está fazendo

O que o Brasil está fazendo

Em novembro de 2008, o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e do Ministério de Relações Exteriores, organizou a I Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde e a I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde, de acordo com compromissos assumidos durante a II Conferência Contagem Regressiva para 2015: Saúde Materno – Infantil (Cidade do Cabo, Abril/2008), e reafirmados na 61ª Assembleia Mundial da Saúde (Genebra, Maio/2008).

O principal objetivo da Conferência foi discutir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) diretamente relacionados à saúde: ODM 4 – reduzir a mortalidade na infância; ODM 5 – melhorar a saúde materna; e ODM 6 – combater o HIV/aids, a malária e outras doenças.

A Conferência foi alinhada à comemoração dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, aos 30 anos da Declaração de Alma-Ata – que estabelece a prioridade da atenção primária nos sistemas de saúde –, e aos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Participaram do evento, entre outros, representantes de: 17 países da África, América Latina e Caribe, América do Norte e Europa, mais de 60 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cerca de 50 entidades da sociedade civil organizada, sociedades médicas, Conselhos de Direito das Pessoas e organismos internacionais.

A programação do encontro foi composta por Painéis Temáticos, Grupos de Trabalho e Plenárias. Para enriquecer as discussões, representantes dos países, do governo brasileiro, da sociedade civil e de organismos internacionais participaram de todas as sessões.

Durante três dias, os participantes compartilharam experiências e desafios, apresentaram intervenções que alcançaram resultados positivos e identificaram estratégias para alcançar os ODM 4, 5 e 6 até 2015.

Os principais temas abordados em cada sessão de trabalho foram:

Painel 1. Tema norteador: estratégias de enfrentamento do óbito neonatal e infantil e qualificação do acompanhamento do desenvolvimento da criança até os 5 anos de idade. **Assuntos abordados:** experiências dos Bancos de Leite Humano na Espanha e no Uruguai; estratégias de Cuba para reduzir a mortalidade infantil; panorama dos progressos e desafios da América Latina na redução da mortalidade na infância; políticas de segurança alimentar e nutrição no Brasil; e papel do programa brasileiro de imunização no enfrentamento da mortalidade na infância.

Painel 2. Tema norteador: linhas de cuidado na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e atenção às urgências e emergências obstétricas.

Assuntos abordados: avanços e desafios do Paraguai no cumprimento dos ODM 4 e 5; intervenções do Panamá para a redução da mortalidade materna; políticas de parto humanizado no Brasil; acesso à saúde sexual e reprodutiva; Pacto Brasileiro pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e sistemas de informação em saúde e estratégias normativas para qualificar e monitorar o cumprimento do ODM 5.

Painel 3. Tema norteador: prevenção e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, malária e tuberculose. **Assuntos abordados:** enfrentamento da epidemia da aids entre mulheres no Brasil; radiografia da epidemia de HIV/aids no mundo; panorama da malária na América Latina; enfrentamento da tuberculose (TB) na atenção primária; desenvolvimento da UNITAID, um novo mecanismo de financiamento de medicamentos para HIV/aids, malária e TB; e resposta brasileira à coinfeção do HIV/TB.

Plenárias. Assuntos abordados: panorama global dos ODM; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e Política Nacional de Aleitamento Materno; Programa Brasileiro de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços de Atenção Materna e Neonatal; controle social no Sistema Único de Saúde; papel da educação no alcance dos ODM; Agência Brasileira de Saúde Suplementar e qualidade dos serviços prestados pelas operadoras; ações da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil em saúde; parceria entre a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde para promoção da saúde; iniquidades dos países da América Latina no cumprimento dos ODM; e principais desafios para alcançar o ODM 6 nas Américas.

Grupos de Trabalho. Na primeira reunião dos cinco grupos de trabalho, foram abordados os seguintes temas:

- Parceria entre estado e sociedade civil.
- Papel da atenção primária.
- Mortalidade materno-infantil e vulnerabilidade da mulher.
- Estratégias de sensibilização dos usuários dos serviços de saúde.
- Atenção à saúde das populações vulneráveis.

Na segunda reunião, os tópicos foram:

- Pesquisa científica.
- Enfrentamento da epidemia de HIV/aids entre mulheres, *gays*, homens que fazem sexo com homens e travestis.
- Recursos humanos em saúde.
- Sífilis.
- Hanseníase.

3.2 Resultados

Ao final da Conferência, foi adotada a **Carta de Brasília**, um documento que sintetiza diretrizes importantes para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em saúde.

Os resultados dos trabalhos em grupo foram sistematizados em uma lista com os principais desafios enfrentados pela área da saúde para o cumprimento dos ODM 4, 5 e 6 e as proposições dos participantes para solucioná-los.

O evento foi considerado um sucesso pelos participantes, expresso na decisão unânime de realizar a *II Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde* e *II Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde* em 2010. A Conferência também foi considerada importante para fortalecer os laços de cooperação entre os países.

Em geral, os participantes expressaram preocupação com os possíveis efeitos da atual crise econômica nas estratégias para alcançar os ODM no mundo. Eles também assinalaram a importância da mobilização social para: (i) manter/aumentar os recursos financeiros disponíveis para os ODM; e (ii) monitorar e avaliar políticas públicas.

4 ANTECEDENTES

As discussões em torno da realização da I Conferência Brasileira e Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde começaram durante a II Conferência *Contagem Regressiva para 2015: Saúde Materno - Infantil*, realizada na Cidade do Cabo, na África do Sul em abril de 2008.

Em maio, a importância da realização do encontro foi enfatizada na 61ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), culminando com a proposta de organização do evento no Brasil.

A Conferência foi alinhada à comemoração dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, aos 30 anos da Declaração de Alma-Ata – que estabelece a prioridade da atenção primária nos sistemas de saúde –, e aos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

5 METODOLOGIA

A programação da Conferência foi construída de forma transversal dentro do Ministério da Saúde, com a participação dos escritórios locais dos organismos internacionais do sistema das Organizações das Nações Unidas (ONU) que apoiaram o evento. Foram desenhados três formatos estruturantes para o processo de trabalho:

- Painéis Temáticos.
- Grupos de Trabalho.
- Plenárias.

Com o objetivo de enriquecer os debates e fortalecer as articulações estratégicas para a melhoria da saúde, todas essas sessões contaram com a participação, em um mesmo espaço de diálogo, de:

- Países estrangeiros.
- Governo do Brasil.
- Organismos internacionais.
- Sociedade civil organizada.

A programação compreendeu três Painéis Temáticos – um para cada ODM relacionado ao setor Saúde –, cinco Grupos de Trabalho que se reuniram duas vezes e três sessões plenárias. Essas atividades foram intercaladas entre si para garantir a dinâmica participativa dos trabalhos: exposição de ideias, debates com a participação de todos e busca de consensos em plenária.

No último dia da Conferência, foi discutida a Carta de Brasília, contendo diretrizes importantes para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pelos países até o final de 2015. A Carta foi adotada pelos participantes, ao final do encontro.

Apresenta-se, a seguir, a programação do encontro:

I Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde

I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde

Programação

18 de Novembro – Terça-feira (Palácio Itamaraty)

10h – 11h Solenidade de abertura com a participação da secretária-executiva do Ministério da Saúde, Dra. Márcia Bassit, do secretário-geral das Relações Exteriores, embaixador Samuel Pinheiro Guimarães, representado pelo ministro e diplomata Silvio Albuquerque e outras autoridades presentes.

11h – 11h30 *Coffee-Break*

11h30 – 11h40 Apresentação do vídeo 20 anos do Sistema Único de Saúde do Brasil.

11h40 – 12h10 Conferência. *Os impactos do Sistema Único de Saúde no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*, por Dr. Adson França, coordenador da Conferência.

12h10 – 15h Almoço

15h – 15h30 Introdução. *Orientações sobre a metodologia dos trabalhos e as expectativas com relação à Conferência, à Carta de Brasília e o relatório final*.

15h30 – 17h30 Painel 1: ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância. Tema norteador: estratégias de enfrentamento do óbito neonatal e infantil e qualificação do acompanhamento do desenvolvimento da criança até os 5 anos de idade.

17h30 – 18h00 *Coffee-Break*

18h – 20h Plenária. Cada intervenção de um expositor durará 10 minutos. Haverá 1h20' de debates. Cada pessoa inscrita para participar da Plenária terá três minutos.

20h Coquetel

19 de Novembro – Quarta-feira (Hotel Grand Bittar)

08h30 – 10h30 Painel 2: ODM 5 – Melhorar a saúde materna. Tema norteador: linhas de cuidado na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e atenção às urgências e emergências obstétricas.

10h30 – 13h Grupos de Trabalho simultâneos: 1, 2, 3, 4 e 5

13h – 14h Almoço

14h – 14h30 Assinatura de portarias para o Sistema Único de Saúde pelo ministro de Estado da Saúde do Brasil, **Dr. José Gomes Temporão**.

14h30 – 16h30 Painel 3: ODM 6 – Enfrentamento da Epidemia de HIV/aids, malária e outras doenças endêmicas. Tema: prevenção e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, malária e tuberculose.

16h30 – 17h *Coffee-Break*

17h – 20h Plenária. Cada intervenção de um expositor durará 10 minutos. Haverá duas horas de debates. Cada pessoa inscrita para participar da plenária terá três minutos.

20 de Novembro – Quinta-feira

08h30 – 11h Grupos de Trabalho simultâneos: 1, 2, 3, 4 e 5

11h – 13h Plenária. Cada intervenção de um expositor durará 10 minutos. Haverá duas horas de debates. Cada pessoa inscrita para participar da plenária terá três minutos.

13h – 14h Almoço

14h – 16h Solenidade de encerramento e leitura da Carta de Brasília.

6 I CONFERÊNCIA BRASILEIRA E INTERNACIONAL DE MONITORAMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DO SETOR SAÚDE

6.1 Solenidade de Abertura

A abertura da Conferência foi realizada pela Dra. Márcia Bassit, secretária-executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Em sua apresentação, ela ressaltou o espaço que a saúde vem conquistando na agenda mundial. Segundo ela, a saúde é um denominador comum que permite à sociedade internacional exercitar o que há de melhor e mais elevado no ser humano: a solidariedade.

Em novembro de 2008, a 63ª Assembleia Geral da ONU adotou a versão preliminar da Resolução “Saúde Global e Política Externa”, que convoca os estados membros da ONU a integrar a saúde na formulação de política externa. Além disso, enfatiza a importância dos países alcançarem os ODM relacionados à saúde.

A Dra. Márcia Bassit, em seu discurso, abordou os dados sobre pobreza e desigualdade no mundo. Hoje, cerca de 1 bilhão de pessoas ainda não tem acesso a água potável segura e 2,5 bilhões de pessoas vivem sem serviços sanitários básicos(UNITED NATIONS, 2008b). As chances de uma mulher falecer por causas relacionadas à gravidez, em seu tempo de vida, são uma em sete no Níger, por exemplo, comparado com uma em 17.400 na Suécia(UNITED NATIONS, 2008b). Em sua opinião, os ODM sintetizam os maiores desafios enfrentados pela humanidade para reduzir a pobreza no mundo e garantir os direitos fundamentais das pessoas.

A secretária-executiva do Ministério da Saúde do Brasil enfatizou a importância do componente saúde na luta contra a pobreza, mencionando como exemplo um estudo de Gallup e Sachs que analisa a relação entre malária e crescimento econômico(GALLUP; SACHS, 2001).

A secretária Bassit frisou também que o cumprimento dos ODM é um compromisso de todos os países. Para ela, o governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva vem fazendo sua parte através da cooperação sul-sul, em particular com os irmãos africanos, através da recém criada União das Nações do Sul e no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), enfatizando que o Brasil doou recentemente uma fábrica de antirretrovirais ao governo de Moçambique.

Um breve panorama foi traçado a respeito dos ODM em saúde na África e na América Latina, onde o maior desafio é a redução da mortalidade materna, que permanece alta – 190 por 100.000 nascidos vivos. Essa taxa é aproximadamente dez vezes superior à média dos países desenvolvidos.

Em 2009, é preciso ter cuidado para não negligenciar a área da saúde em razão do momento negativo da economia mundial. Ela frisou, em menção a um dos lemas da atual administração do Ministério, que saúde pública não é gasto, é investimento.

Estima-se, por exemplo, que mais de 1 bilhão de pessoas passará fome em razão do atual aumento no preço dos alimentos, enquanto outros 2 bilhões se tornarão malnutridos (UNITED NATIONS, 2008c). Nesse sentido, é importante que os países desenvolvidos mantenham o compromisso de aumentar a Assistência Oficial para o Desenvolvimento (ODA na sigla em inglês) aos países mais pobres, para 0,7% do PIB.

Ao final, a secretária-executiva do Ministério da Saúde do Brasil falou da importância do envolvimento da sociedade civil e do setor privado no alcance dos ODM. Em sua visão, o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio representaria um grande avanço na promoção da justiça social global.

Apresentação do vídeo 20 anos do Sistema Único de Saúde do Brasil

O vídeo “20 anos do Sistema Único de Saúde do Brasil” foi exibido aos participantes, relatando o desenvolvimento do sistema nas últimas duas décadas, em especial as conquistas para a população brasileira, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada da atenção básica de saúde no país.

Conferência “Os Impactos do Sistema Único de Saúde no Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”

Participantes da mesa: Cleusa Bernardo, secretária adjunta de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil; Nils Kastberg, diretor regional do Unicef para a América Latina e o Caribe; Suzana Ribeiro, vice-presidente do Conasems; Jurandir Frutuoso, secretário-executivo do Conass; e Adson França, diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde do Brasil e Coordenador da I Conferência Brasileira e Internacional de Monitoramento dos ODM no Setor Saúde.

Após a apresentação do vídeo, Adson França proferiu a Conferência “Os Impactos do SUS no cumprimento dos ODM”. Ele iniciou a exposição lembrando que o marco inaugural do SUS é a Constituição Federal Brasileira de 1988, que estabeleceu o projeto de redemocratização do governo brasileiro. A Constituição tem um forte viés democrático e liberal, formalizando o compromisso do Estado com a promoção da justiça social. Justiça essa, que requer equidade, ou seja, um tratamento diferenciado para grupos sociais em situação desigual, com vistas à garantia da igualdade em direitos humanos.

Como o SUS fundamenta-se nos princípios constitucionais, no Brasil, a saúde é um direito social de todas as pessoas. O acesso ao sistema é universal, com integralidade na atenção e no cuidado à saúde. O Sistema Único de Saúde, portanto, é uma Política de Estado que estabelece princípios norteadores para as políticas públicas de saúde com base na garantia dos direitos humanos e no fortalecimento da democracia e da justiça social.

princípios mais importantes e inovadores do SUS, na opinião de França, é a participação da sociedade civil na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

O coordenador da Conferência ressaltou a relevância da Declaração de Alma-Ata, que valoriza a atenção primária nos sistemas de saúde, assim como da Declaração Universal dos

Direitos Humanos. Ele mencionou que o ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, recentemente propôs a criação de uma Secretaria de Atenção Primária e de Promoção da Saúde. Cerca de 80% dos diagnósticos e tratamentos poderiam ser realizados nesse primeiro nível, desobstruindo hospitais e diminuindo o número de pessoas que acessam urgências e emergências para diagnosticar hipertensão arterial, diabetes ou tratar cefaleias e infecções intestinais, por exemplo.

A porta de entrada do Sistema Único de Saúde é a atenção primária, através da Estratégia de Saúde da Família, que completou 15 anos em 2008. Em 1994, 457 equipes de ESF cobriam cerca de 2 milhões de brasileiros. Hoje, 29.149 equipes de Estratégia de Saúde da Família são responsáveis por 49% da população, o que representa um universo de 92,7 milhões de pessoas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que integram a ESF, cobrem 60% da população.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996 e 2006, apresentou resultados importantes do aumento da cobertura da atenção primária no país:

	1996 (%)	2006 (%)
Mulheres em idade fértil utilizam um método anticoncepcional	55,4	67,8
No mínimo uma consulta pré-natal durante a gravidez	85,7	98,7
Presença de um médico durante o parto	78%	89%
Desnutrição na infância (altura / idade)	13,4	6,8

A laqueadura tubária já não é o primeiro método de contracepção utilizado no Brasil – foi substituída pelo anticoncepcional oral. O uso de preservativos aumentou oito vezes entre 1996 e 2006. Pela primeira vez observou-se que em uma metrópole da América Latina, em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais (MG), o número de vasectomias realizadas superou o número de laqueaduras tubárias. Na opinião do expositor, isso indica que o homem está sendo mais solidário com a mulher, além de estar valorizando a saúde de sua família.

Essas conquistas na atenção primária acarretaram bons avanços em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na saúde, embora restem desafios. O Brasil alcançará a Meta de Redução da Mortalidade na Infância dois ou três anos antes do previsto, por exemplo, mas precisa reduzir a mortalidade neonatal.

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) continua alta – cerca de 74 por 100.000 nascidos vivos, mas, em 1990, a TMM era 126 por 100.000 nascidos vivos. Recentemente, o Ministério da Saúde investiu na qualificação dos atestados de óbito, para que indiquem as causas diretas dos falecimentos, como hipertensão arterial, eclampsia, hemorragias, complicações do aborto, entre outros, facilitando o desenho de ações preventivas. A próxima estratégia do governo para acelerar a redução da mortalidade materna é aumentar a qualidade do pré-natal, que pode ser ainda mais humanizado e resolutivo – identificando gestações de alto risco.

A França elogiou a iniciativa do atual governo de lançar, em 2004, um Pacto Nacional pela Mortalidade Materna e Neonatal, em uma visão a longo prazo que acarretará frutos no futuro.

Com relação ao ODM 6, o Brasil está conseguindo manter estável o número de novos casos de aids – 32.000 por ano. O coordenador da Conferência enfatizou que essa é uma grande conquista para um país de 190 milhões de habitantes. O Brasil é o único país do mundo que disponibiliza gratuitamente todas as medicações necessárias para os soropositivos diagnosticados.

Em 2008 foram notificados 312.898 casos de malária no Brasil (BRASIL, 2008), o que representa uma redução de 31,6% em relação ao ano de 2007, quando ocorreram 457.569 casos. A rede de diagnóstico e o tratamento de malária expandiu de forma significativa no país.

A mortalidade em consequência da tuberculose (TB) vem diminuindo ao longo dos anos e, se continuar nesse ritmo, essa meta será cumprida em 2012. Um dos maiores desafios do país em relação aos ODM é a redução do número de casos de hanseníase.

A França chamou a atenção para a mudança do perfil epidemiológico da população. A primeira causa de óbito dos brasileiros são as doenças cardiovasculares, a segunda são as neoplasias e a terceira as causas externas, como acidentes e agressões. Esse diagnóstico exige mudanças no foco da atenção, como a valorização da promoção em saúde e a melhoria dos cuidados com os idosos.

O coordenador da Conferência abordou, ainda, diversas políticas e estratégias do governo federal e do SUS que impactam sobre os indicadores dos ODM 4, 5 e 6, tais como:

- Programa Bolsa Família.
- Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.
- Programa Nacional de Imunização.
- Programa Nacional de Humanização.
- Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos.
- Política Nacional de Planejamento Familiar.
- Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama.
- Política Nacional de Atenção Obstétrica – Rede de Atenção Obstétrica.
- Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
- Normas de fluxo para vigilância do óbito materno: notificação e determinação da causa de morte materna.
- Ampliação dos Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Comitês de Mortalidade Materna.
- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – Ambiente para Parto Humanizado. Para o expositor, é preciso definir linhas de financiamento para ajudar as maternidades na implementação da RDC. A humanização do parto e do nascimento envolve, entre outros, um banheiro próximo ao leito e uma cama que respeite as especificações técnicas.
- Atenção Humanizada ao Abortamento Inseguro.
- Política Nacional de Aleitamento Materno.

- Rede Nacional de Bancos de Leite Humano.
- Rede Amamenta Brasil.
- Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
- Hospitais Iniciativa Amigos da Criança.
- Programa Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Programa Saúde e Prevenção nas Escolas.
- Plano de Enfrentamento da Violência contra a Criança e a Promoção da Cultura da Paz.
- Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids.
- Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Lésbica, Gay, Bissexual e de Travestis (LGBT).
- Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids entre *gays*, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Programa Aqui tem Farmácia Popular.
- Política Nacional de Atenção às Urgências (Serviço de Atenção Móvel de Urgência – Samu).
- Inauguração da fábrica de preservativos em Xapurí, no Estado do Acre, a primeira da América Latina com 100% de recursos públicos e que prevê a produção de 300 milhões de preservativos anuais até o final de 2012, o que corresponde a 25% da necessidade nacional de 1 bilhão e 200 milhões de preservativos por ano.

Ao final da Conferência, França enfatizou a importância da cooperação internacional para que os ODM sejam alcançados no mundo. A solidariedade, em sua opinião, é essencial para que todos vençam esses desafios juntos.

6.2 Painéis Temáticos

6.2.1 Painel ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância

ODM 4: Reduzir a mortalidade na infância

Meta 5: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.

Indicadores

- Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade
- Taxa de mortalidade infantil
- Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas contra o sarampo

Tema norteador: Estratégias de enfrentamento do óbito neonatal e infantil e qualificação do acompanhamento do desenvolvimento da criança até os 5 anos de idade.

Coordenador: Suzana Ribeiro, vice-presidente do Conasems.

Debatedor: Sônia Lansky, secretária de Saúde do Município de Belo Horizonte (MG).

Síntese das apresentações:

Carmen Medina López, chefe da Secção de Neonatologia do Hospital Universitário “12 de outubro”, na Espanha, abordou o tema do Banco de Leite Humano (BLH).

O Hospital Universitário “12 de outubro” realiza 6.000 partos e 1.000 internações de recém-nascidos por ano. A maternidade está equipada para atender as crianças que nascem no período neonatal, oferecendo cuidado intensivo, ventilação mecânica, alta frequência e procedimentos cirúrgicos. Além disso, adota as seguintes diretrizes / programas:

- Livre acesso dos pais.
- Incentivo à amamentação.
- Método canguru (contato “pele a pele” com a mãe).
- Internação em domicílio.
- Acompanhamento das crianças até os 7 anos de idade.

Este último programa rendeu ao hospital um prêmio nacional no ano de 2000, pela prevenção da deficiência, e um prêmio de qualidade em 2006, pela promoção da humanização na neonatologia.

Entre 1995 e 2000, a porcentagem de crianças que nasceram com menos de 1.500 gramas sem nenhuma seqüela até os 2 anos de idade aumentou de cerca de 45% para mais de 70%.

Outro programa de grande relevância adotado pela instituição é o Banco de Leite, em razão dos conhecidos benefícios que o leite humano acarreta para os recém-nascidos, como o ganho de peso e a proteção contra doenças. Segundo a OMS e a Unicef, quando a mãe biológica não pode amamentar a criança, a melhor opção para sua alimentação é o leite pasteurizado de mães doadoras selecionadas, especialmente se a criança é prematura ou se está doente.

O Projeto de Criação de Bancos de Leite na Espanha, iniciado em 2004, cresce a cada ano. Ele segue as normas internacionais de segurança alimentar e recebe o apoio de muitas instituições. Por exemplo, o Projeto contou com a ajuda da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, coordenada pelo Dr. João Aprígio, que apoiou a capacitação dos profissionais espanhóis em técnicas relativas aos Bancos de Leite Humano.

Nos primeiros seis meses da experiência, 47 mulheres doaram 300 litros de leite. Oitenta e sete bebês foram beneficiados (164 litros), por meio de um critério estabelecido para a priorização das crianças.



Uma investigação clínica realizada recentemente no Hospital mostrou que o tempo de internação dos recém-nascidos beneficiados pelo Banco de Leite diminuiu em seis dias desde o início do projeto.

Nos próximos anos, o Hospital pretende investir nas seguintes ações, entre outras:

- Proporcionar doadoras de leite para outros hospitais de Madri
- Avaliar e difundir a experiência do hospital
- Apoiar o desenvolvimento de uma Rede de Bancos de Leite na Espanha

Luis Estruch, vice-ministro de Saúde de Cuba, abordou as ações empreendidas pelo país para reduzir a mortalidade na infância, que hoje é uma das mais baixas do mundo:

- 1959 – Criações do Serviço Médico-Social Rural e do Sistema Nacional de Saúde de Cuba.
- Década de 60 – Desenvolvimento do Programa de Imunização.
- 1970 – Elaboração do Programa de Redução da Mortalidade Infantil, com o propósito de reduzir a mortalidade infantil em 50% até 1979.
- 1980 – Lançamentos do Programa Nacional de Assistência Materno-Infantil.
- Década de 80 – Implementação do Programa de Redução do Baixo Peso ao Nascer.
- 1984 – Implementação do Programa de Medicina Familiar.

Nos anos 80, também foram abertas salas de atenção perinatal e terapia intensiva pediátrica em todo o país. A vacina antimeningocócica foi desenvolvida e a vacina contra o H. *Influenzas* começou a ser utilizada. Além do desenvolvimento de novas técnicas de tratamento cirúrgico e diagnóstico, investiu-se na formação e especialização de profissionais – médicos, enfermeiras e técnicos em saúde a fim de melhorar a qualidade do atendimento às crianças em estado crítico e a capacidade de reanimar o recém-nascido.

Na opinião de Estruch, o desenvolvimento da atenção básica de saúde foi um fator determinante na melhoria da atenção materno-infantil. Hoje em dia, continua-se aperfeiçoando o sistema, cujo objetivo central é aproximar ainda mais serviços de qualidade para a população e alcançar uma participação comunitária e intersectorial maiores nas ações de saúde. Atualmente, o Programa de Atenção Materno-Infantil conta com 40 subprogramas de aplicação multissetorial e comunitária.

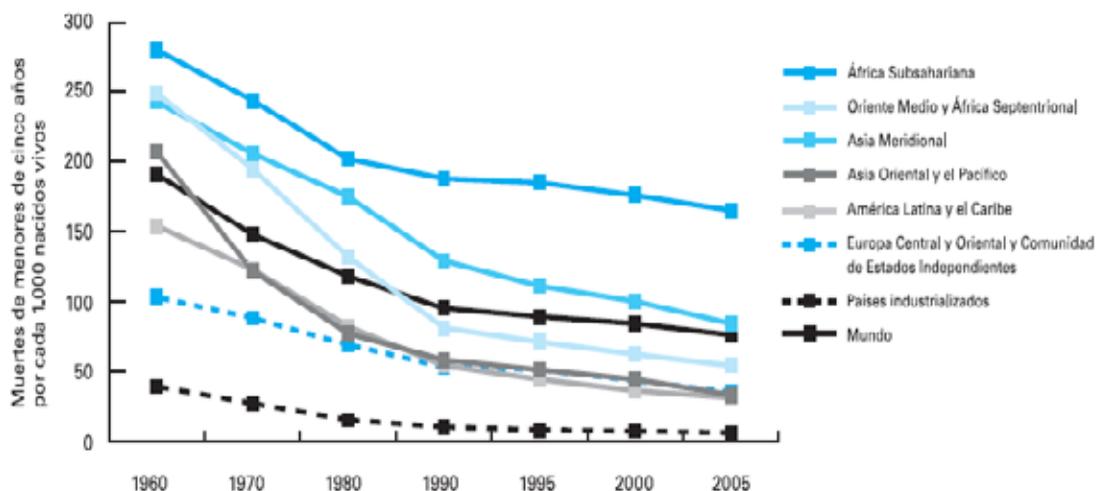
Na área de saúde materna, programas efetivos de planejamento reprodutivo, calendário da gravidez e assistência pré-natal popular também contribuíram com os indicadores de saúde na infância. A gravidez tem um bom atendimento pré-concepcional, capaz de detectar doenças crônicas e cardiopulmonares e evitar complicações para mães e filhos. Praticamente 100% dos partos são realizados institucionalmente, por pessoal qualificado, em instituições capazes de absorver emergências e oferecer cuidados intensivos à mãe e ao bebê, se for necessário.

Ao final da apresentação, o vice-ministro de Saúde de Cuba enfatizou que entre as principais causas de mortalidade infantil no mundo se destacam a pobreza, a distribuição desigual de renda, o acesso discriminatório à educação e a baixa cobertura de saneamento básico nos países, entre outras.

Estruch recordou aos participantes que na última Conferência do Milênio das Nações Unidas, os chefes de Estado reiteraram o compromisso de impulsionar o desenvolvimento, erradicar a pobreza, promover a dignidade humana e a igualdade e alcançar a paz e a sustentabilidade ambiental. Em sua opinião, esse compromisso evidencia que não se podem alcançar os ODM sem a participação conjunta do governo e de toda a sociedade para enfrentar os determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais que afetam a saúde da população.

Nils Kastberg, diretor regional do Unicef para a América Latina e o Caribe, brindou os participantes com um panorama geral dos progressos e desafios da região no cumprimento do quarto ODM.

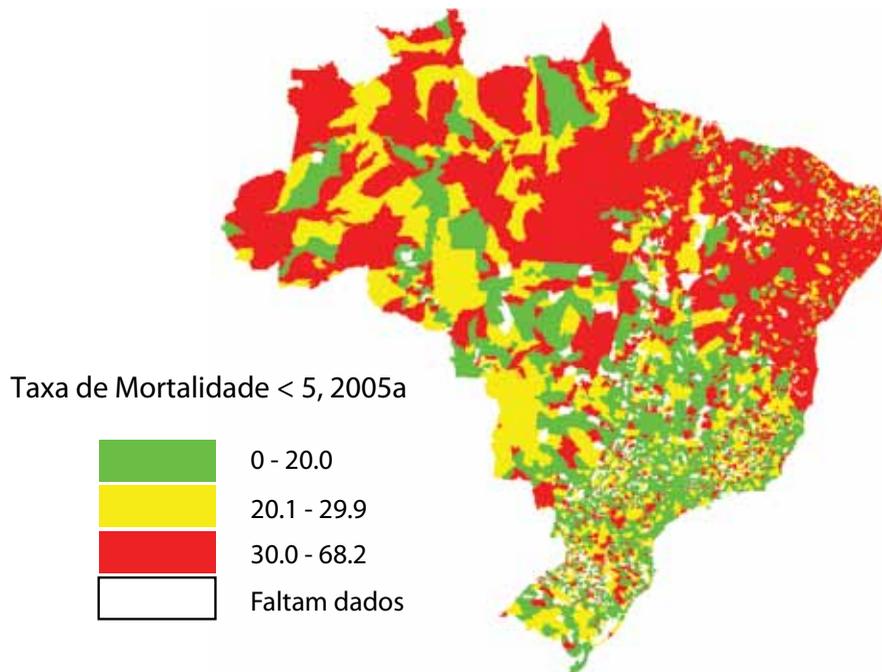
Desde 1960, o índice de mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade vem diminuindo de forma significativa na América Latina e no Caribe, como mostra o gráfico abaixo, da apresentação de Kastberg³.



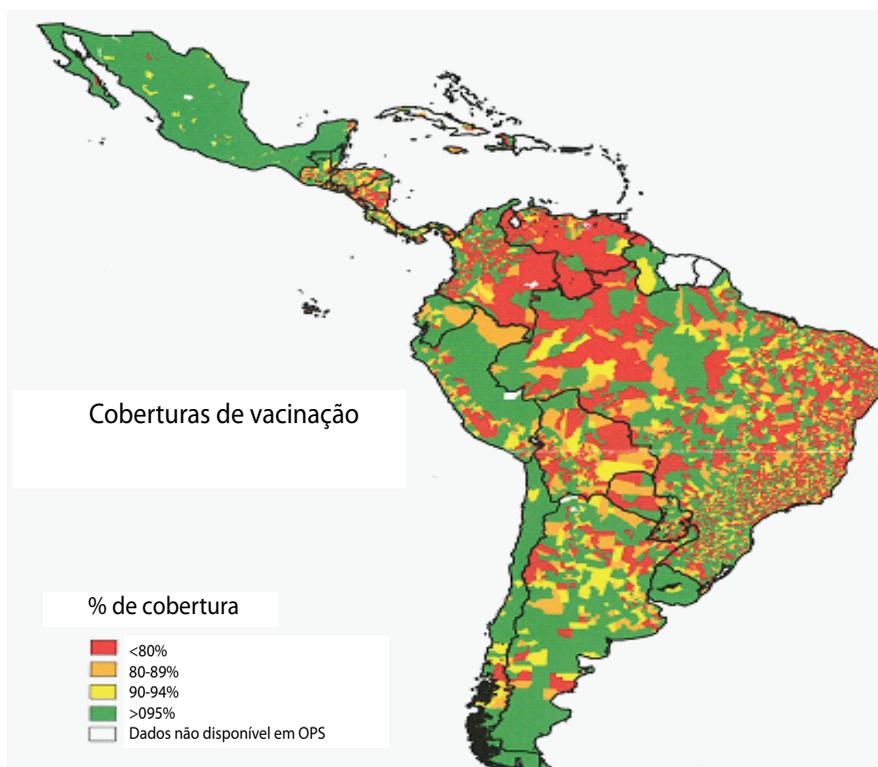
Apesar desses avanços, certas regiões do Brasil, como Norte e Nordeste, por exemplo, apresentam resultados muito inferiores aos de outras partes do país.

³ Cálculos da Unicef baseados no trabalho do Grupo Interinstitucional para estimações da mortalidade na infância.

Desta forma, o Brasil pode atingir a meta de redução da mortalidade na infância em 2015 na média, mas esse resultado não será alcançado em muitos estados e, principalmente, municípios, como mostra o desenho a seguir (SINASC, 2005):



Kastberg atentou para essa disparidade, que não é uma realidade apenas no Brasil, mas em grande parte do mundo, e convocou todos a levá-la em consideração durante a elaboração de ações e estratégias. Ele também apresentou um diagrama sobre os índices de vacinação na América Latina:



O diretor regional do Unicef para a América Latina e o Caribe realizou as seguintes recomendações para ajudar as nações a reverter esse quadro:

- Alcançar um compromisso político latino-lusófono de investimento para a sobrevivência de crianças e a igualdade na área da saúde e em outras políticas públicas.
- Assegurar um monitoramento e um investimento que cheguem a tempo (nove meses antes e após o nascimento).
- Impulsionar uma determinação continental para assegurar a proteção de cada criança desde os 9 meses de idade antes do nascimento até os 18 anos.
- Produzir estatísticas desagregadas para identificar desigualdades e iniquidades.
- Permitir que meninas possam ter acesso aos serviços de saúde sem impedimentos, tais como a permissão dos pais.
- Investir na cobertura e na qualidade da atenção primária de saúde.

Ruben Panizza, pediatra da Unidade Neonatal Intensiva e diretor do Centro de Banco de Leite Humano do Hospital Pereira Rossell, no Uruguai, e diretor da Rede de BLH do Uruguai, abordou o tema do Banco de Leite no país.

Segundo Panizza, o Uruguai avançou muito na área de saúde com a criação de um Sistema Nacional Integrado de Saúde, focando na melhoria e nos cuidados para as crianças e os trabalhadores em primeira instância, assim como programas de melhorias na atenção primária e em medicina preventiva.

Na tentativa de ampliar essas medidas preventivas e sua eficácia no atendimento de recém-nascidos, o governo incentivou a criação de Bancos de Leite Humano. O Ministério da Saúde também promoveu a melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo, tanto em frequência como em duração – até 6 meses de idade. Além do leite materno, as crianças alimentam-se exclusivamente de leite pasteurizado.

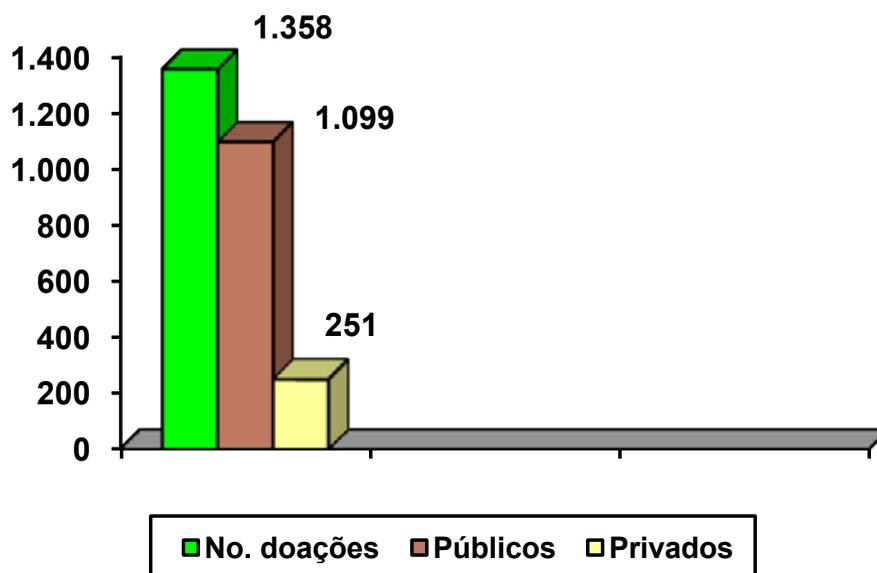
Os Bancos de Leite começaram a funcionar no país em dezembro de 2003. Neste período, o controle de qualidade do processamento, armazenamento e temperatura do leite ainda não era rígido. Em dezembro de 2004, através de um curso de Controle de Qualidade de Leite Humano Pasteurizado, o governo se adequou à normativa internacional nessa área.

Em setembro de 2004, foi inaugurado o segundo Banco de Leite Humano, em um hospital de Tacuarembó, com a ajuda de uma indústria de laticínios onde os controles de qualidade são feitos a partir do início de pré e pós-processamento.

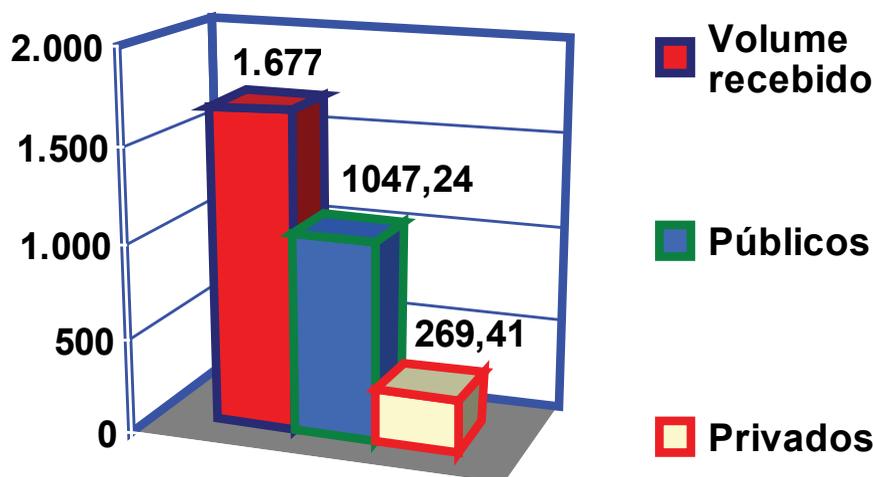
Em fevereiro de 2005, chegou a estufa para o Banco de Leite oriunda do Brasil, dando início a um controle microbiológico. Foi necessário adquirir novos *freezers* e melhorar a área de limpeza e conservação onde fica armazenado o leite. Atualmente, o Hospital possui nove *freezers*.

Em maio de 2005, o Uruguai assinou a Carta de Brasília, onde são estabelecidas intenções para a formação de uma Rede de Leite Humano Latino-Americana. Em junho de 2008, ocorreu a instalação da Rede Ibero-Americana de Banco de Leite Humano.

Em 2007, o Banco de Leite do Uruguai recebeu, aproximadamente, 130 doações por mês, como mostra o gráfico abaixo:

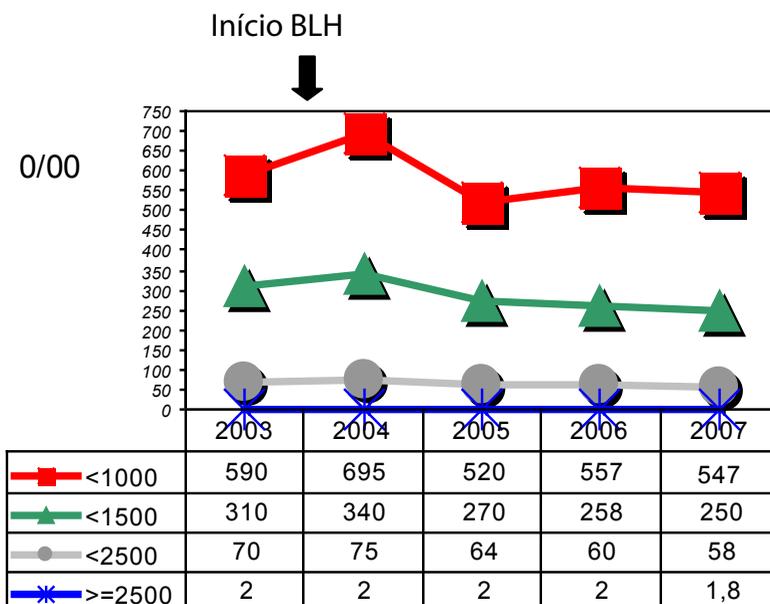


Foram doados cerca de 140 litros de leite por mês:



Todas essas conquistas representaram avanços muito grandes no cuidado com o recém-nascido. Nos últimos dois anos, não houve no hospital, casos de diarreia intra-hospitalar, por exemplo. Hoje, 90% das mães amamentam seus filhos, contra 80% há cinco anos.

O gráfico abaixo compara as taxas de mortalidade em recém-nascidos de acordo com o peso ao nascer no Hospital da Mulher, entre 2003 e 2007. O Banco de Leite Humano foi introduzido na unidade em 2004:



No futuro, o hospital prevê: a melhoria da área onde estão localizados os Bancos de Leite para que sirva de referência, o estabelecimento de políticas incentivando a amamentação e o apoio à redução da mortalidade e morbidade neonatal e infantil no Uruguai.

Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcelos, coordenadora de Segurança Alimentar e Nutrição do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde do Brasil, abordou o tema “Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição no Brasil”.

Vasconcelos chamou a atenção para algumas estratégias do governo brasileiro, na área da saúde, que impactam sobre os ODM, e os principais aspectos dessas estratégias que contribuem para a redução da mortalidade na infância.

Pacto pela Saúde e em Defesa da Vida:

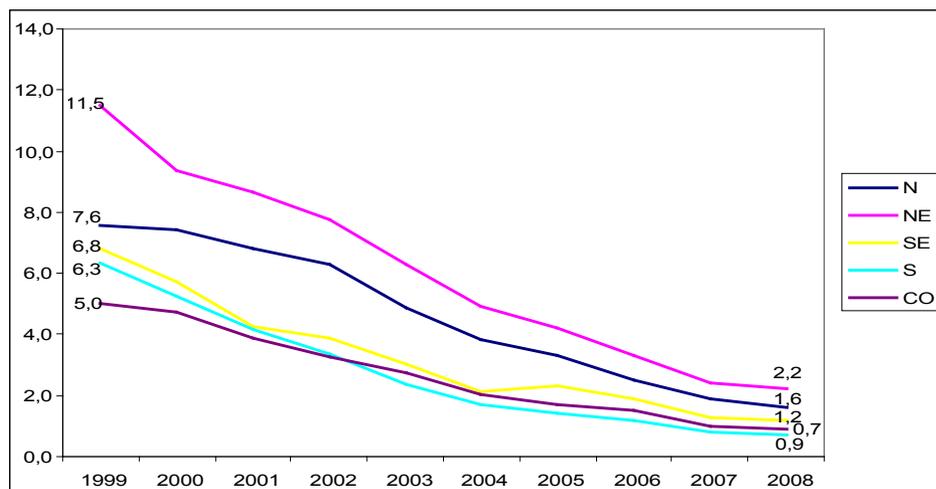
- Compromisso dos gestores do SUS em torno das prioridades da saúde da população brasileira.
- Estabelecimento de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais.
- Pactuação entre estados, regiões e municípios para o alcance das metas.
- Redução da mortalidade infantil e materna.
- Fortalecimento da atenção básica.
- Promoção da alimentação saudável.

Política Nacional de Atenção Básica:

- Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.
- Definição de áreas estratégicas de atuação, no território nacional, das seguintes políticas:
 - Eliminação da desnutrição infantil.
 - Saúde da criança.
 - Saúde da mulher.
 - Promoção da saúde.

Segundo uma avaliação da ESF realizada entre 1990 e 2002, cada 10% a mais de cobertura reduz em 4,5% a taxa de mortalidade infantil (TMI). A ESF é o segundo fator mais significativo de redução da TMI no Brasil, ficando atrás apenas do nível de instrução materno (MACINKO, 2006).

O gráfico abaixo apresenta a porcentagem de desnutrição protéico-calórica* em crianças menores de 1 ano de idade nas áreas cobertas pela ESF – 1999 a 2008**.



* Criança cujo peso ficou abaixo do percentual 3 (curva inferior) da curva de peso por idade do Cartão da Criança.

** Dados de 2008 contemplam o período de janeiro a julho.

Fonte: (SIAB/MS – Base ajustada)

O objetivo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é assegurar a qualidade dos produtos alimentícios, promover hábitos saudáveis, prevenir e controlar deficiências nutricionais e doenças associadas aos distúrbios alimentares. As principais diretrizes da PNAN são:

- Ações intersetoriais para aumentar o acesso aos alimentos.
- Segurança sanitária e qualidade dos alimentos.
- Monitoramento alimentar e nutricional.
- Práticas alimentares saudáveis.
- Prevenção e controle de deficiências e distúrbios nutricionais.
- Apoio às linhas de pesquisa.
- Capacitação de recursos humanos.

A PNAN possui três eixos prioritários:

1. Promoção da alimentação saudável

- Diretrizes alimentares oficiais
- Campanhas informativas
- Programa de Alimentação Saudável (PAS) na atenção básica e em escolas
- Criação de ambiente regulatório

- Rotulagem nutricional
- Publicidade de alimentos
- Redução do teor de açúcar, gorduras e sal
- Fomento à sociedade civil

2. Prevenção e controle das carências nutricionais

- Suplementação medicamentosa (ferro e vitamina A)
- Fortificação das farinhas de trigo e milho
- Educação alimentar e nutricional
- Pesquisas de impacto

3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional

- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)
- Plano para controle da desnutrição
- Condicionalidade do Programa Bolsa Família (PBF)
- Pesquisas nacionais
- Boletins periódicos com indicadores de nutrição

As principais ações da PNAN para a promoção da alimentação saudável são:

- Incentivo ao aleitamento materno até o 6º mês e ao aleitamento complementar até 2 anos de idade.
- Programa de Alimentação Complementar Saudável: aconselhamento “dez passos para uma alimentação saudável”.
- Resgate da cultura alimentar local e incentivo ao consumo de alimentos regionais.
- Divulgação intensiva das diretrizes alimentares brasileiras para famílias, profissionais de saúde, gestores de políticas públicas e setor produtivo.

Entre as ações de controle das carências por micronutrientes, pode-se realçar:

- Programa de Suplementação de Vitamina A
- Programa de Suplementação de Ferro para crianças e gestantes
- Programa de Iodação do sal
- Suplementação com megadoses de Vitamina A nas áreas consideradas de risco; sulfato ferroso e ácido fólico
- Fortificação de alimentos – farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e iodação do sal para consumo
- Monitoramento e estudos de impacto

Sirlene Pereira, consultora técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, responsável pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), abordou o papel do PNI no enfrentamento da mortalidade na infância.

Os principais objetivos do PNI são: reduzir a mortalidade e a incidência de doenças, melhorar a qualidade de vida e humanizar os serviços de imunizações. Pereira iniciou sua exposição falando sobre os benefícios da vacinação:

- Diminuição da morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis
- Prevenção contra doenças potencialmente graves
- Redução de custos individuais, sociais e econômicos
- Controle e erradicação de doenças preveníveis por vacinas
- Melhoria da expectativa e qualidade de vida

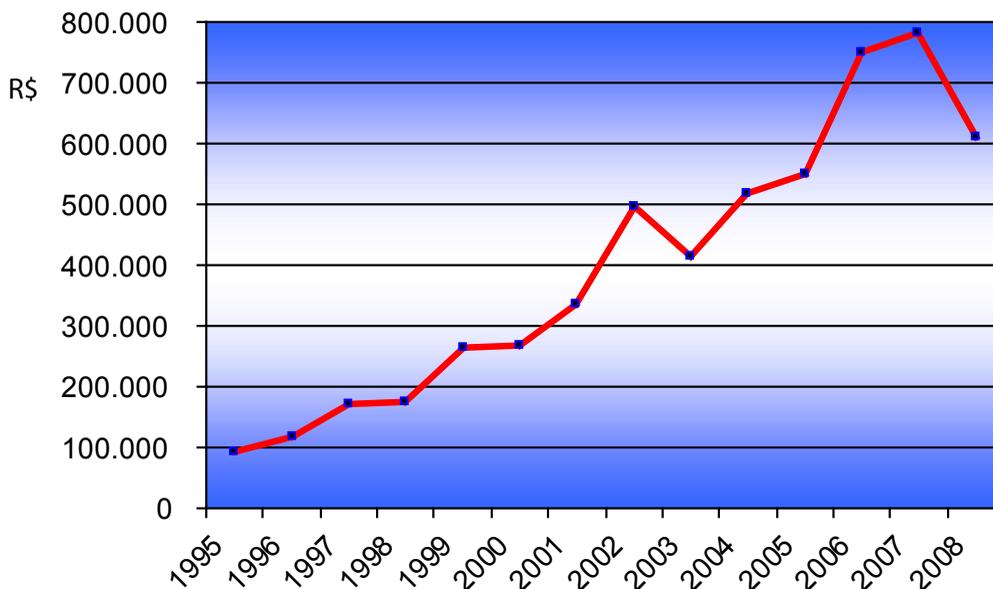
Em seguida, ela comentou que houve muitos avanços na área da vacinação, no Brasil, desde a década de 70, quando a cobertura vacinal era de 20% e havia seis vacinas e dez soros. Hoje, estão disponíveis no mercado 26 vacinas e 18 soros, e a cobertura vacinal é superior a 90%. Entre as principais conquistas do PNI nos últimos anos, Pereira mencionou:

- Erradicação da varíola: 1973
- Erradicação da poliomielite: 1989
- Interrupção da transmissão autóctone do sarampo: 2001
- Redução da incidência do tétano neonatal (considerado eliminado como problema de saúde pública)
- Tendência de declínio da difteria, da coqueluche e do tétano acidental

Entre os principais desafios do PNI, ela destacou:

- Garantir a cada brasileiro, independente do local onde viva, acesso a todas as vacinas do calendário do PNI (calendário de vacinação da criança; do adolescente; do adulto e do idoso; de grupos especiais; de povos indígenas; e de grupos populacionais vulneráveis).
- Alcançar coberturas vacinais adequadas para todas as vacinas. As coberturas vacinais nos estados, na média, são elevadas, mas a vacinação ainda não é universal.
- Cumprir compromissos assumidos para o controle, eliminação e/ou erradicação de doenças (elevados investimentos e custos sociais).
- Participar da produção de novos conhecimentos (exemplo: vacinas de rotavírus e vírus do papiloma humano – HPV, na sigla em inglês).
- Incorporar novas vacinas no calendário oficial de vacinação.
- Apoiar o avanço do projeto “Fortalecimento do Programa Brasileiro de Competitividade em Vacinas (Inovacina)”.

Pereira apresentou a evolução do orçamento do PNI para a compra de imunobiológicos:



1995: R\$ 94,5 milhões (US\$ 43,5 milhões)
 2007: R\$ 783 milhões (US\$ 373 milhões)
 2008: R\$ 610 milhões (US\$ 273,5 milhões)

A representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil frisou que a imunização é um elemento chave para o êxito de um país no cumprimento dos ODM e lembrou que um dos indicadores do ODM 4 é a porcentagem de crianças menores de 1 ano imunizadas contra o sarampo. No Brasil, 100% das crianças são vacinadas contra a doença.

6.2.2 Painel ODM 5 – Melhorar a Saúde Materna

ODM 5: Melhorar a saúde materna

Meta 6: Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a Taxa de Mortalidade Materna.

Indicadores

- Taxa de Mortalidade Materna
- Proporção de partos assistidos por profissional de saúde qualificado

Tema norteador: Enfrentar a Epidemia de HIV/aids, malária, tuberculose e outras doenças endêmicas.

Coordenador: Osmar Terra, secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e presidente do Conass.

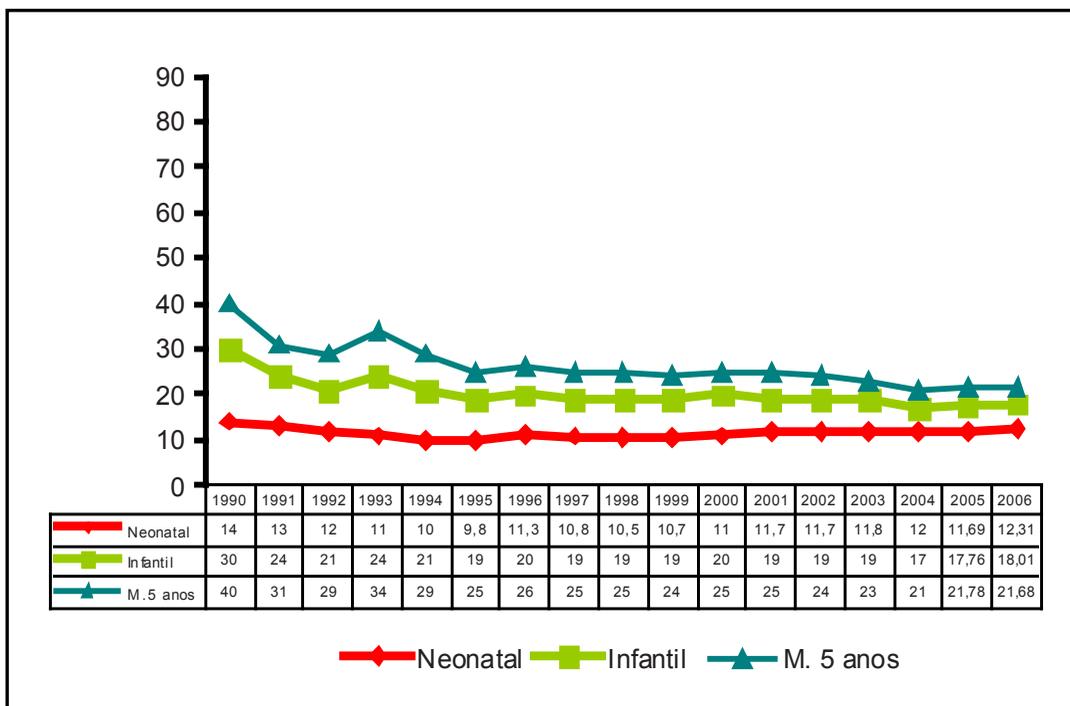
Debatedor: Luis Codina, OPAS/OMS.

Síntese das apresentações:

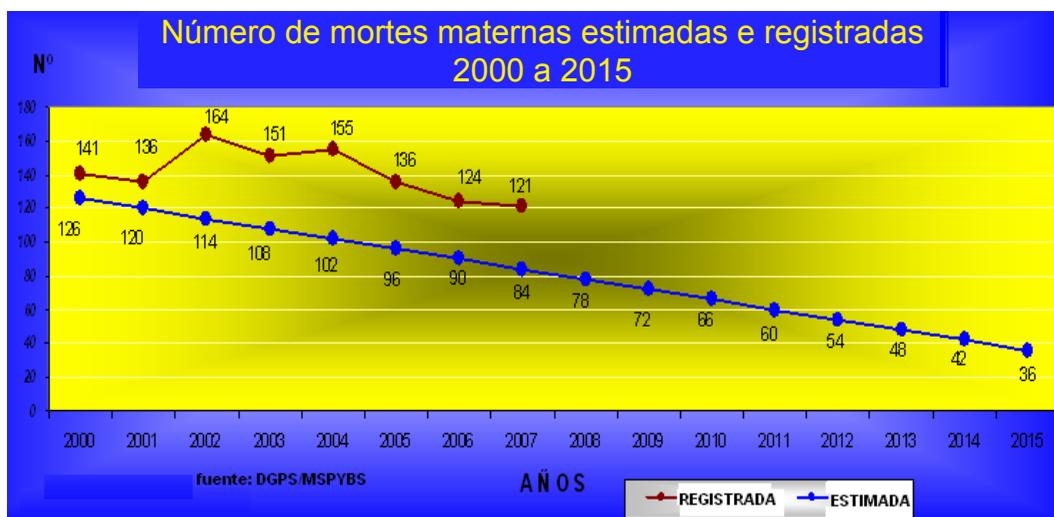
Júlia Noemí Mancuello de Alum, do Ministério da Saúde do Paraguai, falou sobre os avanços dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no país. O governo estabeleceu metas intermediárias em 2008 e 2011 para monitorar o cumprimento dos ODM, nas seguintes áreas:

- Redução da pobreza extrema
- Ampliação da cobertura da atenção básica
- Ampliação da cobertura de água potável
- Ampliação da cobertura de saneamento urbano e rural
- Redução da desnutrição
- Redução do risco de desnutrição
- Redução da desnutrição em mulheres grávidas

O país avançou bastante na redução da mortalidade na infância, mas os progressos têm sido insuficientes para alcançar a meta do ODM 4 em 2015, como se pode observar no gráfico abaixo:



No caso da mortalidade materna, os avanços também têm sido insuficientes:



Fonte: (DGPS/MSPYBS)

As principais barreiras enfrentadas para o cumprimento das metas, no país, são:

- Empoderamento e renda insuficientes das mulheres.
- Educação sexual e reprodutiva deficiente.
- Recursos humanos com qualificação insuficiente e mal distribuídos.
- Baixa capacidade resolutive dos serviços de saúde.
- Sistema de referência pouco funcional.
- Infraestrutura insuficiente.
- Falta de conhecimento acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Comunidade pouco organizada para responder às emergências obstétricas e neonatais.
- Sistema de saúde segmentado.
- Desconhecimento dos sinais de alerta durante a gravidez, parto e pós-parto.

Entre as diversas ações realizadas pelo governo até o momento para alcançar os ODM, destacam-se:

- Elaboração e implementação (em andamento) do novo Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2009 – 2013.
- Reforço do sistema de Vigilância Epidemiológica da Saúde e Morbimortalidade Materna e Neonatal (VESMMN).
- Estímulo ao Programa de Planejamento Familiar, em seus três componentes: logística, tecnologia e informação, educação e comunicação (IEC).
- Oferta gratuita de anticoncepcionais (desde 2002, o estado destina recursos para a compra de anticoncepcionais e medicamentos para a atenção ao parto).
- Supressão do custo da assistência pré-natal e de exames laboratoriais para o VDRL⁴ e o HIV/aids em mulheres grávidas.
- Desde junho de 2007, os serviços de saúde realizam gratuitamente partos normais, cesarianas e cuidados a complicações por aborto.
- Envio de pessoal qualificado para as regiões de Saúde, ainda que persistam lacunas.

Também foram mencionadas as ações necessárias para o cumprimento dos ODM relativos ao setor Saúde:

- Fortalecer a rede de serviços para garantir o direito universal à saúde.
- Aumentar o financiamento público, a eficiência e a distribuição dos gastos em saúde. Organizar as diversas fontes de financiamento existentes.
- Ampliar o investimento no Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Assegurar um sistema de prestação de contas no âmbito dos seguros de saúde.
- Assegurar o desenvolvimento integral e permanente dos recursos humanos em saúde e sua adequada distribuição territorial.
- Conscientizar a população sobre a importância dos programas de prevenção e promoção da saúde.
- Conscientizar a população sobre a importância da prática de hábitos saudáveis com a finalidade de erradicar costumes que contribuam para piorar a saúde.
- Ativar Casas Maternas em áreas afastadas das capitais.

⁴ Venereal Disease Research Laboratory. Trata-se de um exame que detecta a sífilis.

Laura T. Thomas, subdiretora-geral de Saúde da População do Ministério da Saúde do Panamá, falou sobre o avanço do ODM 5 no país.

O início da apresentação focou a mortalidade materna nas populações indígenas, que constituem 10% da população total do Panamá (3.339.781 habitantes). As maiores taxas de mortalidade materna e em crianças menores de 5 anos de idade são registradas neste grupo. Por este motivo, desde o início do governo (2004 – 2008), o desenvolvimento da população indígena foi estabelecido como uma das prioridades da agenda de trabalho, através das seguintes diretrizes, entre outras:

- Incorporar essas comunidades no desenvolvimento nacional.
- Dotar esses grupos de serviços básicos.
- Garantir uma maternidade segura.
- Fortalecer a atenção básica através de uma rede de serviços públicos.
- Priorizar a atenção a crianças e mulheres grávidas.

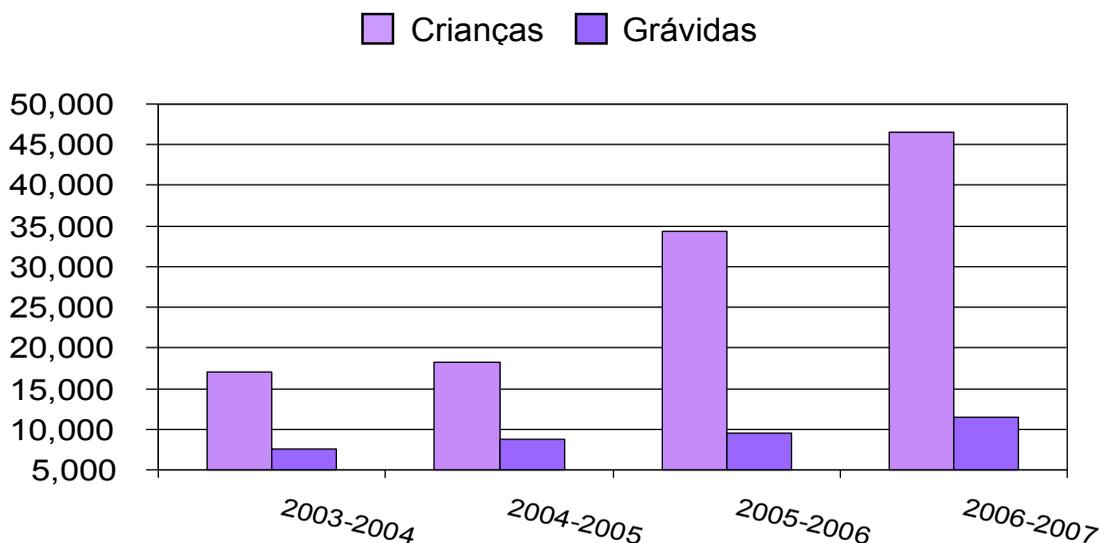
O Plano de Intervenção em Áreas Indígenas possui quatro eixos estratégicos: articulação intrassetorial e intersectorial; fortalecimento da rede de serviços; promoção e conscientização de autoridades locais e comunidades; e fortalecimento dos sistemas de informação.

Thomas ressaltou os principais aspectos das políticas de saúde:

- Elaboração do Plano Estratégico para a Redução da Morbimortalidade Materna e Perinatal 2006 – 2009.
- Atenção pré-natal, parto e atendimento ao recém-nascido gratuitos em todo o território Panamenho.
- Planejamento familiar gratuito em áreas vulneráveis.
- Teste rápido de HIV/aids para mulheres grávidas gratuito. Tratamento gratuito às mulheres com HIV/aids, incluindo a alimentação da criança.
- Normas Nacionais de Saúde da Mulher (gravidez, parto e pós-parto e vigilância epidemiológica das mortes maternas e perinatais).
- Normas de Risco Perinatal.
- Lei de Saúde Sexual e Reprodutiva atualmente em discussão no Congresso Nacional.
- Inclusão da Vacina contra o Papiloma Humano no calendário nacional de imunização (outubro 2008).
- Lei e Programa de Triagem Neonatal: captação precoce de recém-nascidos com problemas de metabolismo.
- Diagnóstico e implementação de Centros Obstétricos Neonatais de Emergência (CONE básico).
- Elaboração e implementação do Plano Nacional de Saúde das Populações Indígenas do Panamá 2008 – 2010.
- Reestruturação da rede de serviços de saúde, começando pela região de Ngäbe Buglé, com melhorias e aumento do número de instalações, nomeação dos recursos humanos e aquisição de equipamentos, medicamentos e outros insumos, aumentando sua capacidade de resposta à população.
- Formação e nomeação de médicos das etnias indígenas, promovendo a comunicação e o interculturalismo.

Na área de atenção à saúde, destacam-se as seguintes intervenções:

- Programa de Alimentação Complementar (PAC) Nutricrema e fornecimento de micronutrientes (ácido fólico e ferro) para crianças menores de 5 anos de idade e mulheres grávidas. O gráfico a seguir mostra o aumento do número de beneficiários do PAC entre 2004 e 2007:



Fonte: (Registros médicos e estatísticas do Ministério da Saúde do Panamá)

- Programa de parteiras: Em 2007, foram registradas 2.138 parteiras, das quais 1.454 (68%) foram capacitadas e permanecem vinculadas ao sistema (recebem supervisão e visitas domiciliares).
- Fortalecimento da participação social. Há uma lista de mulheres grávidas em regiões de mortalidade materna e perinatal mais elevadas como um método de controle e verificação de risco, para intervir preventivamente.
- Programas de capacitação. Capacitação de médicos generalistas de áreas remotas em risco materno. Alianças estratégicas com sindicatos e associações para a capacitação de recursos humanos (Sociedade Panamenha de Obstetrícia e Ginecologia – treinamento em ultrassom básico, por exemplo).
- Abrigos Maternais. Existem dois Abrigos Maternais e programa-se a implementação de outros dois.

O governo do Panamá possui as seguintes estratégias para a atenção à saúde em áreas remotas:

- Paiss (Pacotes de Atenção Integral de Serviços de Saúde) que são realizados por organizações não institucionais. Eles incluem vacinas, exames médicos, medicina geral, obstetrícia, pediatria e planejamento familiar, entre outros.
- Fogi (Fundo Institucional para a Realização de *Giras Integrales de Salud*⁵).
- Caravanas de Saúde: equipes móveis que levam serviços de atenção, promoção e prevenção da saúde para áreas distantes de estabelecimentos de saúde.
- Sistemas de telemedicina e telerradiologia localizados, em uma primeira fase, em Darién, Kuna Yala y Ngäbe Buglé, que permitem consultas com especialistas de hospitais de referência.

⁵ O programa transfere recursos às direções regionais de saúde para realizar visitas às comunidades.

Na área de vigilância epidemiológica da morte materna e perinatal, destacam-se as seguintes ações:

- Obrigatoriedade da notificação da morte materna.
- Obrigatoriedade da realização de autópsias onde existe infraestrutura.
- Implantação de protocolos de abordagem e autópsia verbal.
- Implementação de um Comitê de Morte Materna e Perinatal que se reúne mensalmente para analisar as mortes nacionais.
- Realização de auditorias regulares, nacionalmente, para avaliar as ações dos comitês e sua correta execução.

O governo do Panamá também possui alguns Projetos Especiais:

- Rede de Oportunidades: beneficia 50.889 famílias em situação de pobreza extrema, incluindo as regiões onde vivem populações indígenas, através da Modalidade de Transferência Monetária Condicionada ou bônus familiares para alimentos. Através desse programa, 96% das gestantes realizam o acompanhamento da gravidez e 86% das famílias vacinaram as crianças menores de 5 anos de idade.
- Projeto "Bom Começo para a Vida": programa de comunicação e mobilização social para o desenvolvimento infantil.
- Projetos de desenvolvimento comunitário (Prodec): as comunidades decidem as prioridades de investimento dos recursos.
- Projeto Amanhece: intervenções inovadoras para prestar serviços de saúde para a população nas zonas rurais, crianças e mulheres grávidas, incluindo o acesso a telefonia celular.
- Projeto de Água e Saneamento do Panamá (PASP): 40 milhões de balboas panamenhas (PAB)⁶ para as comunidades com menos acesso à água potável e sistemas de eliminação de resíduos sólidos.



Na área de promoção e prevenção da saúde, o governo do Panamá ressaltou as seguintes ações:

- Intervenções conjuntas com a UNFPA nas regiões com o maior número de mortes maternas, nos distritos de Muna e Ñurum: (i) difusão de mensagens no rádio na língua Ngobe, sobre a importância do pré-natal e da atenção em centros de saúde; (ii) distribuição de material educativo, levando em conta a perspectiva intercultural; e (iii) capacitação e formação de multiplicadores nos temas de empoderamento e direitos reprodutivos, incluindo a supervisão campo.

O orçamento do Ministério da Saúde do Panamá aumentou significativamente nos últimos anos, como mostra a tabela abaixo, em milhões de PAB:

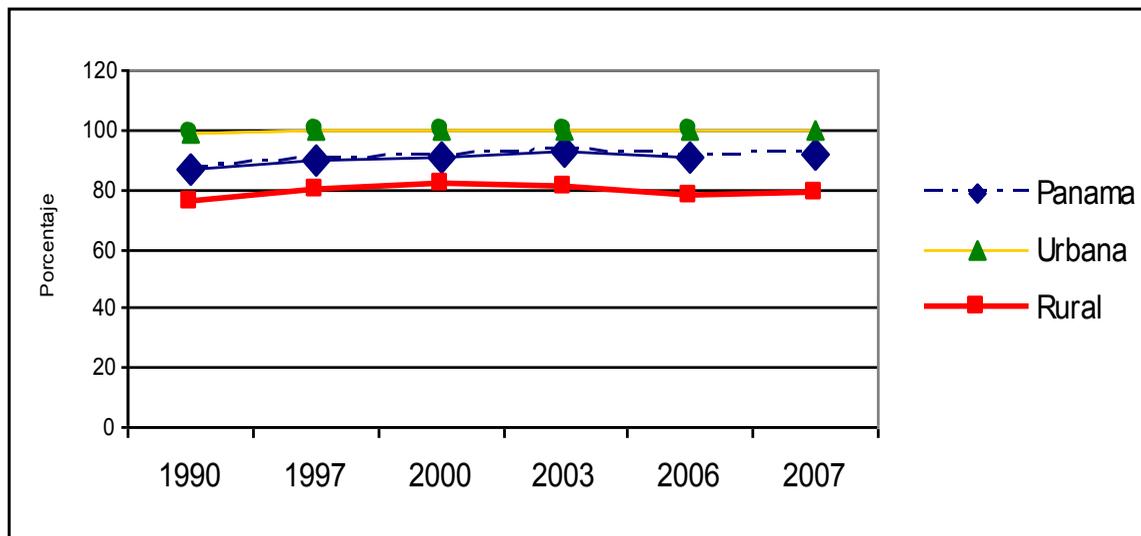
2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
537.1	435.4	539.6	701.4	860.4	866.2

Fonte: (Informações da Direção Nacional de Finanças (outubro, 2008). Entre 2004 e 2007 – gastos. Em 2008 e 2009 – orçamento)

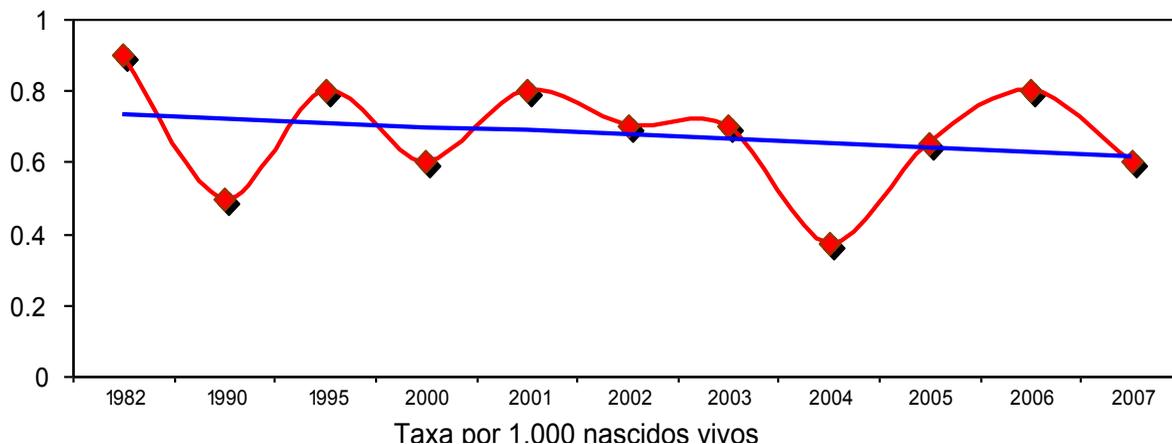
⁶ 1 PAB = 1 US\$ (março, 2009).

Foram firmados convênios internacionais para ações de capacitação, assessoria e investigação e fornecimento de medicamentos e suprimentos (OPAS/OMS, Unicef, Fundação Clinton etc.). O Banco Mundial investiu 50 milhões de PAB para o desenvolvimento de projetos que melhorem a equidade em saúde.

O número de partos institucionais aumentou entre 1990 e 2007, embora existam desigualdades regionais. Em 2007, a média nacional foi de 91,5%. Na região de Ngobe Buglé, por exemplo, apenas 39,3% dos partos foram realizados institucionalmente. O gráfico a seguir compara a porcentagem de partos institucionais realizada nas áreas urbana e rural:



A mortalidade materna também caiu nos últimos anos: em 2007, houve 40 mortes maternas. As principais causas desses óbitos foram hemorragias pós-parto e doenças hipertensivas durante a gravidez:



O principal desafio do Panamá, neste momento, é manter e ampliar as intervenções atuais:

- Fortalecer a rede de infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e insumos, com ênfase nas áreas prioritárias.
- Coordenar as ações com os diversos projetos e programas de trabalho nestas áreas para otimizar o impacto das intervenções.

- Formar alianças com os organismos nacionais e internacionais para o desenvolvimento de ações.
- Mobilizar fundos para projetos especiais.

João Batista Marinho, da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), falou sobre políticas de parto humanizado no Brasil.

O país apresenta a maior taxa de cesáreas do mundo. Há hospitais em que 80% dos partos realizados são cesáreas. Além disso, segundo a Rehuna, no parto vaginal, a imposição de rotinas e interferências obstétricas desnecessárias perduram e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que, hoje, é um sinônimo de patologia e intervenção médica que acarreta momentos de terror, impotência, alienação e dor.

O objetivo da Rede de Humanização do Parto e Nascimento é mobilizar mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores de políticas de saúde para:

- Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas.
- Resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais.
- Revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento.
- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos.



Para a Rehuna, várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre as quais:

- Implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência a gestação, parto e puerpério.
- Divulgação e adesão às recomendações da OMS durante a Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento (abril/1985).
- Realização de trabalhos educativos sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimentos voltados a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativa ao período gravídico-puerperal.
- Apoio às iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos de parteiras tradicionais, doulas e ONGs.
- Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Nos últimos anos, a Humanização foi adotada como política oficial nas três instâncias do governo brasileiro, além de estabelecimentos médicos, como mostra a lista a seguir:

Municipais

- Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (pioneira) e Secretaria Municipal de Belo Horizonte, entre outras.

Estaduais

- Secretarias Estaduais do Ceará, Amapá, Minas Gerais, Santa Catarina etc.

Governo Federal

- Prêmio Galba de Araújo⁷
- Política Nacional de Assistência Obstétrica e Neonatal
- Apoio à implantação de Centros de Parto Normal
- Apoio à formação de enfermeiras obstetras e doulas
- Lei do Acompanhante
- Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal
- RDC 36 da Anvisa

Hospitais/maternidades

Pioneiros:

- Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte, MG
- Maternidade Pio XI – Ceres, GO
- Maternidade Leila Diniz – Rio de Janeiro, RJ
- Outros:
 - Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves – Belo Horizonte, MG
 - Hospital Santa Marcelina – São Paulo, SP
 - Hospital São Francisco de Assis – Tupã, SP
 - Outros agraciados com o Prêmio Galba de Araújo

Casas de Parto

- Pioneiras:
 - Casa de Parto ‘Nove Luas, Lua Nova’ – Niterói, RJ
 - Casa de Partos Monte Azul
 - Casa de Partos de Sapopemba – São Paulo, SP
- Outras:
 - Casa de Parto David Capistrano, RJ
 - Casa de Parto David Capistrano, BH
 - Casa de Parto de Juiz de Fora, MG

Profissionais liberais

- Muitos profissionais já asotam a humanização nas clínicas privadas em todo o Brasil

Instituições de ensino

- Unicamp (Campinas) – Grupo de Parto Alternativo
- Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
- Hospital Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

⁷ O prêmio foi instituído para reconhecer estabelecimentos de saúde integrantes da rede do SUS que se destacam na atenção obstétrica e neonatal.

- Escolas de Enfermagem:
 - USP (Universidade de São Paulo (USP), UFMG, Estadual do Sul da Bahia, UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Anna Nery no Rio de Janeiro.
 - Com os incentivos oferecidos pelo Ministério da Saúde, muitas outras estão adotando novas práticas de assistência, além de multiplicarem-se os cursos de enfermagem obstétrica.

Organizações não governamentais

- Grupo Curumim e Cais do Parto – parteiras tradicionais
- Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (Gama)
- Amigas do Parto
- Amigas do Peito
- Parto do Princípio
- Associação Nacional de Doulas
- Bem nascer, BH
- Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Ana Guezmes, assessora regional em Saúde Sexual e Reprodutiva da UNFPA, realizou a quarta apresentação do Painel, sobre “Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva: Condição para o Alcance do ODM 5”.

No início, foram mencionados os principais temas abordados na Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, realizados no Cairo, em 1994. Na ocasião, os 179 países participantes acordaram um Programa de Ação para ser implementado em 20 anos, cujo destaque é garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. As medidas aprovadas neste Programa de Ação estão em consonância com os ODM:

- Desenvolvimento sustentável centrado nas pessoas.
- Enfoque em direitos humanos, direitos reprodutivos e direito ao desenvolvimento.
- Diversidade e vulnerabilidade: povos indígenas, jovens e adolescentes e migrantes.
- Empoderamento das mulheres, igualdade de oportunidades, equidade de gênero como pedra angular das políticas de população.

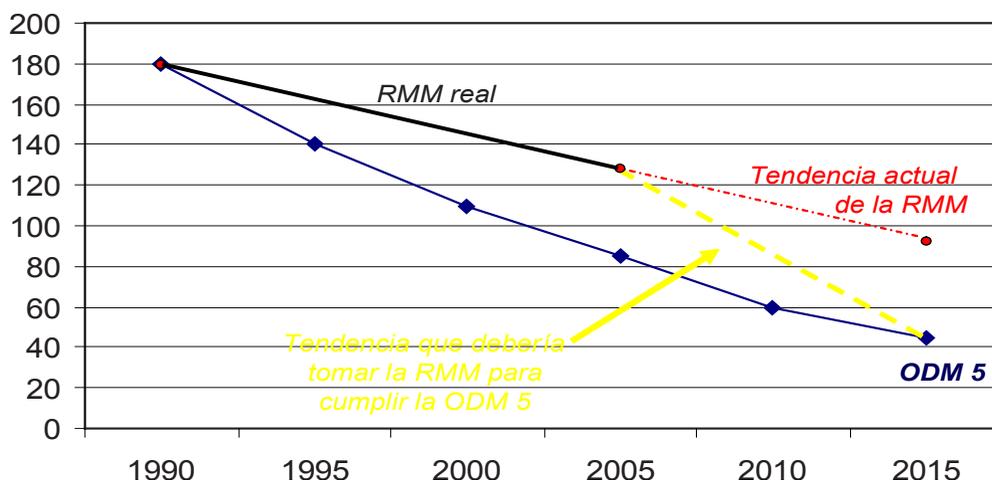
O acesso às informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva são um direito de todo cidadão, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas, de suas famílias e comunidades e proporcionar opções para o futuro. Além disso, constitui um tema transversal a muitos ODM, como a redução da pobreza e da fome, o avanço da igualdade de gênero e a melhoria da saúde materna, entre outros.

As economias de renda média devem levar os seguintes fatores em consideração ao estabelecer estratégias para o cumprimento dos ODM:

- Objetivos anteriores estabelecidos em conferências sobre desenvolvimento.
- Equidade.

- Desenvolvimento de capacidades técnica, financeira e institucional.
- Abordagem baseada em direitos: integração das dimensões éticas, de gênero e geracionais, entre outros.
- Enfoque territorial baseado em população.
- Valorização da importância do crescimento econômico, do emprego e da promoção da coesão social.
- Colocar no centro das ações política, econômica e social a luta contra a pobreza humana.
- Utilizar uma abordagem por resultados nos governos e na cooperação internacional.

A razão de mortalidade materna (RMM) na América Latina e no Caribe tem diminuído de modo insuficiente para que o ODM 5 seja alcançado, como mostra o gráfico a seguir:



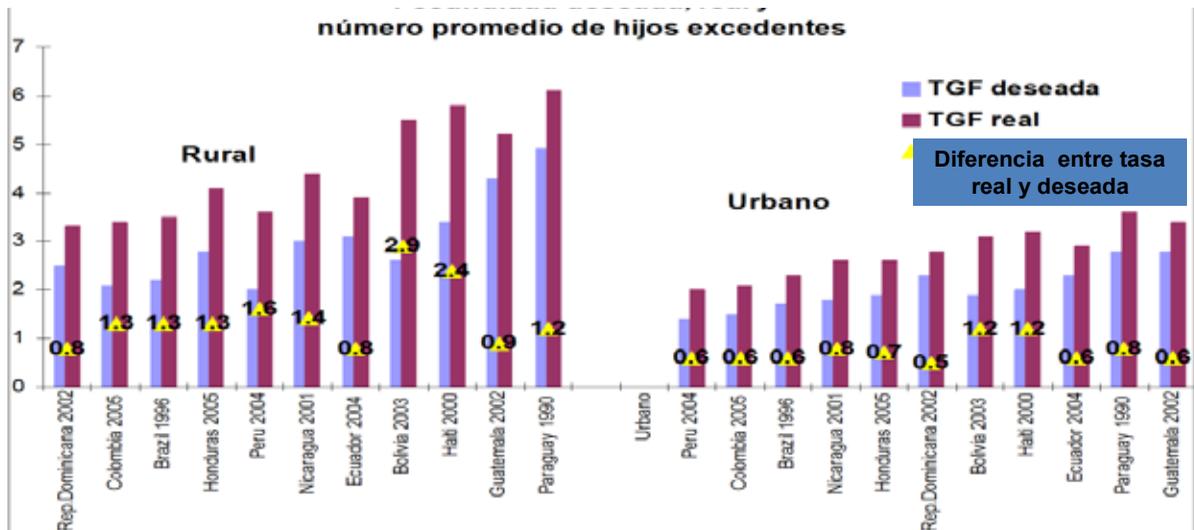
A Taxa de Mortalidade Materna nesta região é 14 vezes superior à do Canadá, por exemplo. Existem 10 países com uma RMM superior à média. Entre as razões para a alta TMM, destacam-se:

- Baixa porcentagem de partos assistidos por pessoal qualificado (87%)
- Baixa prevalência do uso de contraceptivo (65%)
- Realização de abortos inseguros

Recentemente, foi criado um Grupo de Trabalho Interagencial Regional para estudar a Redução da Morbimortalidade Materna, incluindo as seguintes organizações: UNFPA, OPAS/OMS, Unicef, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, *Family Care International* (FCI) e Federação Latino-americana de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG).

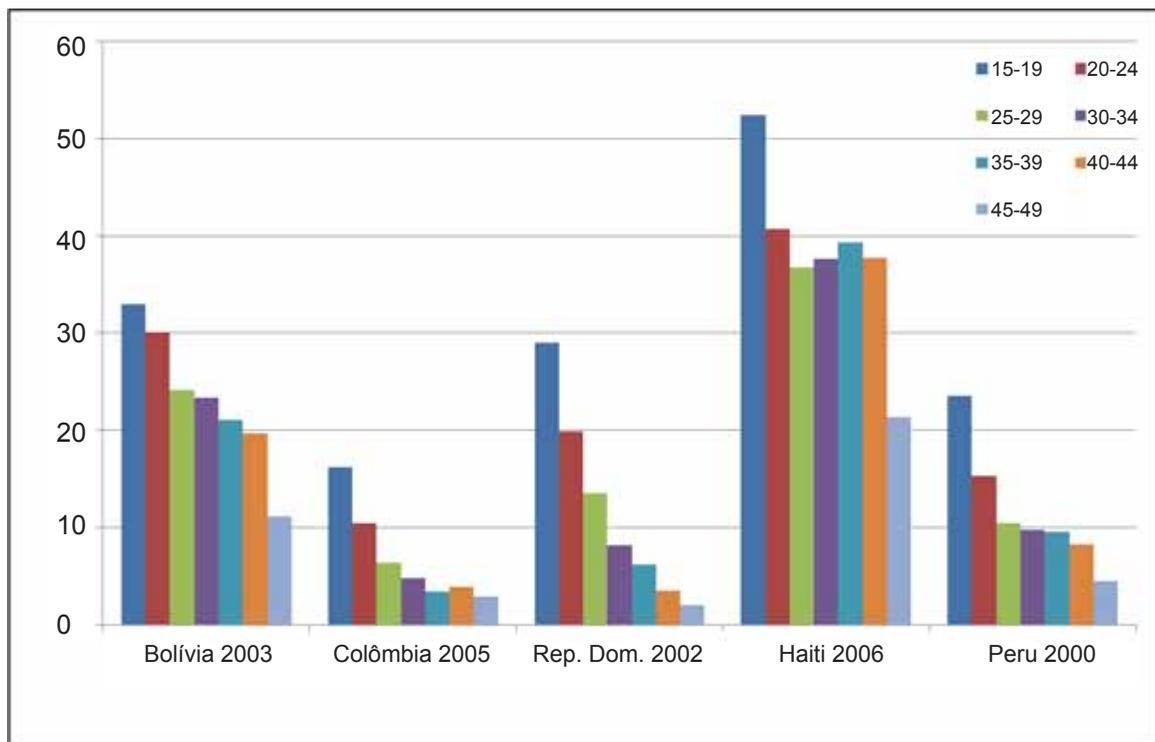
O gráfico a seguir mostra a taxa de fecundidade desejada, a taxa de fecundidade real e o número de filhos excedentes em países da região latino-americana⁸.

⁸ Taxa de fecundidade desejada: TGF desejada e TGF real nos três anos anteriores à pesquisa, segundo características sociodemográficas.



Fonte: (ORC Macro, 2006)

O próximo diagrama mostra o número de mulheres, por faixa etária, com demanda insatisfeita de planificação familiar⁹:



Foram destacados os principais itens da agenda de desenvolvimento regional da saúde:

- Redução da mortalidade materna, perinatal e infantil
- Redução da mortalidade por câncer do colo
- Redução do aborto inseguro
- Redução do número de gravidez indesejada
- Redução dos casos de anemia gestacional, DSTs e HIV
- Integralidade da saúde reprodutiva

⁹ Demographic and Health Survey (DHS), elaboração própria.

Também foram enfatizados os maiores desafios:

- Envolvimento dos homens em saúde sexual e reprodutiva
- Políticas conciliatórias
- Marco de garantias para adolescentes
- Financiamento e ênfase em desigualdades
- Gênero, direitos humanos e interculturalidade
- Violência sexual, doméstica e de gênero
- Gravidez/maternidade na adolescência
- Integralidade de políticas públicas (ao longo dos ciclos da vida)

Para proteger os resultados já alcançados pelos países, são necessários:

- Sustentabilidade normativa/políticas
- Assegurar insumos para saúde reprodutiva
- Programas e planos
- Anticoncepcionais de emergência
- Educação sexual

A apresentação foi finalizada com as ações que devem ser realizadas daqui para frente:

- Reconhecer, construir e reforçar as sinergias entre o setor Saúde e outros setores
- Investimentos estratégicos e mais recursos
- Implementar um consenso sobre os três pilares necessários para salvar a vida de mulheres e recém-nascidos:
 - Serviços integrais de saúde reprodutiva
 - Atenção qualificada durante e imediatamente após a gravidez e o parto
 - Atenção obstétrica de emergência para atender complicações

Adson França, Coordenador da I Conferência Brasileira e Internacional dos ODM no Setor Saúde, abordou o tema: “Estratégias de Diálogo entre Gestores e Sociedade Civil para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Brasil”.

No Brasil, existem muitos espaços institucionais de diálogo entre atores do sistema de saúde, tais como:

- Conselhos municipais de saúde
- Comitês estaduais e municipais de estudo da mortalidade materna
- Comitês municipais de estudo da mortalidade infantil e fetal
- Comissão nacional de mortalidade materna
- Comissão nacional de investigação do óbito fetal e infantil
- Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal
- Comissão nacional de monitoramento e avaliação da implementação do pacto
- Redes nacionais ou regionais:
 - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
 - Rede Amamenta-Brasil
 - Rede Perinatal Norte-Nordeste

- Rede de Atenção à Violência a Mulher
- Conselho Nacional de Saúde
- Comissão Interministerial da Saúde da Mulher (Cismu)

A apresentação focou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Lançado pela Presidência da República em 2004, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, o Pacto é uma parceria entre estados, municípios, entidades da sociedade civil e científica e profissionais da área da saúde, entre outros, pela melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças no país.

Os princípios fundamentais do Pacto são:

- Respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças
- Consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais
- Decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal
- Ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais

Entre as principais diretrizes, destacam-se:

- Sustentabilidade política (Executivo, Legislativo, Judiciário e sociedade civil)
- Enfrentamento estratégico do problema a médio e longo prazos
- Processo de construção coletiva e permanente
- Movimento articulado e ações sistêmicas entre diversas instâncias do governo e da sociedade:
 - Presidência da República
 - Ministério da Saúde
 - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
 - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
 - Agência Nacional de Saúde (ANS)
 - Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM)
 - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR)
 - Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH)
 - Congresso Nacional
 - Organismos internacionais

O documento-fundador do Pacto foi construído coletivamente, por diversas organizações, entre as quais:

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
- Sociedade Brasileira de Pediatria
- Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
- Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
- Conselho Federal de Medicina
- Rede de Humanização do Parto e Nascimento
- Organização Pan-Americana da Saúde
- Fundo das Nações Unidas para a Infância

As 27 Unidades da Federação já aderiram ao Pacto, por meio do Seminário de Pactuação, realizado em parceria com o Ministério da Saúde, e da elaboração de Planos Estaduais de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Entre 2004 e 2008, foram realizados cerca de 226 encontros nas Unidades Federativas, com a participação de mais de 8 mil pessoas.

A Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto foi instituída em 2005, com os seguintes objetivos, entre outros:

- Avaliar, sistematicamente, a implementação do pacto no Brasil
- Propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem a implementação do Pacto
- Acompanhar as ações dos gestores em nível federal, estadual e municipal no processo de implementação dos compromissos assumidos e na articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na implementação do Pacto

O Pacto é considerado pela ONU um modelo de mobilização social e articulação com a sociedade civil para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

As principais estratégias de ação para implementar o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal são:

- Articulação com a sociedade civil
- Articulação intra e intersetorial
- Efetivação dos Pactos Estaduais e Municipais

Também foram destacadas, na apresentação, as principais estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil:

- Expansão da atenção básica
- Qualificação e humanização da atenção ao pré-natal
- Qualificação e humanização da atenção ao planejamento reprodutivo
- Promoção da atenção humanizada ao abortamento
- Promoção da atenção humanizada ao parto domiciliar
- Qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento
- Apoio à criação de Centros de Parto Normal
- Garantia do direito à acompanhante e ao alojamento conjunto
- Estímulo à formalização da referência e contrarreferência na atenção à mulher durante a gestação
- Redução da transmissão vertical do HIV/aids e da sífilis congênita
- Qualificação das Urgências e Emergências Maternas e Neonatais
- Redução das cesáreas desnecessárias
- Expansão e regionalização da Rede de Bancos de Leite Humano
- Expansão e/ou regionalização da Rede de Hemoderivados
- Promoção da Primeira Semana: Saúde Integral
- Expansão da oferta de exames

- Promoção da Vigilância do Óbito Materno e Infantil
- Promoção da Saúde da Mulher Trabalhadora
- Promoção da Saúde das Mulheres Negras e Índias e dos recém-nascidos Negros e Indígenas
- Promoção da Saúde da Mulher Portadora de Transtornos Mentais
- Promoção da Saúde da Mulher Privada de Liberdade
- Fortalecimento de projetos de premiação de serviços exemplares

A qualificação dos profissionais da área de saúde foi mencionada como um dos eixos mais relevantes para o sucesso da iniciativa:

- Qualificação de equipes de maternidades
- Qualificação para a reanimação neonatal
- Sensibilização para o método canguru
- Qualificação de parteiras tradicionais
- Qualificação para urgências e emergências pediátricas
- Ampliação das equipes da ESF
- Habilitação dos serviços de atendimento móvel de urgência

Entre os desafios para a implementação do Pacto, França ressaltou:

- Construção cotidiana de uma agenda que une os diversos atores sociais; redução das tensões entre entidades médicas, de enfermagem, rede de parteiras e gestores, entre outros.
- Investigação das causas dos óbitos maternos e fetais nos municípios.
- Recursos financeiros para a rede de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente e para o SUS, como um todo.
- Baixa execução dos recursos financeiros disponibilizados e/ou desvio dos objetivos de aplicação.
- Descontinuidade na gerência de programas.
- Insuficiência e/ou baixa qualidade na formação dos recursos humanos.
- Inexistência de estratégias eficazes para a fixação do profissional de saúde no interior do país.
- Crise na formação e qualificação dos profissionais para a área de saúde/ currículos defasados. Ausência de planos da carreira, cargos e salários.
- Articulação da rede.
- Pré-natal de qualidade.
- Captação precoce da gestante.
- Acolhimento humanizado ao parto e nascimento.
- Acolhimento humanizado ao abortamento.
- Urgência e emergência qualificada.
- Atenção ao puerpério.
- Planejamento reprodutivo.

Na opinião de França, as ações para o enfrentamento desses problemas precisam extrapolar o universo da saúde e caminhar em direção às de educação, desenvolvimento social, trabalho etc.

Otaliba Libânio, diretor do Departamento de Análise de Situação da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, finalizou as apresentações do Painel abordando o tema: “Sistemas de Informação em Saúde e Estratégias Normativas para Qualificar e Monitorar o Cumprimento do ODM 5”.

Existem muitas abordagens para se medir a mortalidade materna (OMS, 2007):

- Registro civil
- Inquérito domiciliar
- Método das Irmãs
- Método de Ramos
- Autópsia verbal
- Censo

Os países podem ser categorizados segundo o método de estimativa da RMM (OMS, 2007):

- **Grupo A** – Registro civil completo e boa qualidade da causa de óbito
- **Grupo B** – Registro civil completo, mas com alta proporção de causas mal definidas
- **Grupo C** – Método direto das irmãs
- **Grupo D** – Método de Ramos (Brasil, Egito, Jordânia e Turquia)
- **Grupo E** – Vigilância ou amostragem
- **Grupo F** – Censo
- **Grupo G** – Estudos especiais
- **Grupo H** – Nenhuma informação apropriada

A tabela a seguir mostra a fonte de dados sobre mortalidade materna utilizada por cada país para as estimativas de 2005 (OMS, 2007):

Grupo	Fontes de dados	Número de países/territórios	% de países	% nascimentos globais
A	Registro Civil “bom”	59	35	13.1
B	Registro Civil	6	4	1.0
C	Método direto das irmãs	28	16	15.7
D	RAMOS	4	2	5.5
E	Vigilância ou amostras	2	1	32.4
F	Censo	5	3	2.2
G	Estudos especiais	6	4	5.4
H	Nenhum dado	61	36	24.5
	Total	171	100	99.8

A próxima tabela mostra a RMM nos países dos Grupos D-G (OMS, 2007):

País	Grupo	Fonte	Ano	Razão MM Fornecida	Razão MM Ajustada
Bangladesh	G	Estudo especial	2000	380	570
Brazil	D	RAMOS	2005	74	110
China	E	Vigilância	2005	30	45
Egito	D	RAMOS	2000	84	130
Honduras	F	Censo	2001	n/d	280
India	E	Registro por Amostragem	2001--2003	301	450
Iran	F	Censo	1995--1996	n/d	140
Jordânia	D	RAMOS	1996	41	62
Malasia	G	Estudo especial	1996	41	62
Myanmar	G	Estudo especial	1999	255	380
Nicaragua	F	Censo	2005	n/d	170
Paraguay	F	Censo	2002	n/d	150
Arabia Saudita	G	Estudo especial	2000	12	18
Africa do Sul	F	Censo	2001	575	400
Sri Lanka	G	Estudo especial	2005	39	58
Tailândia	G	Estudo especial	2005	n/d	110
Turquia	D	RAMOS	2005	29	44

No Brasil, a qualificação e o monitoramento da mortalidade materna envolvem diferentes sistemas:

- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
- Rede Interagencial para Informações em Saúde (Ripsa): Indicadores de Dados Básicos de Saúde (IDB)
- Estimativas de Mortalidade Materna
- Vigilância e Monitoramento da Mortalidade Materna

O documento padrão do Sinasc é a Declaração de Nascido Vivo, conforme ilustração a seguir:

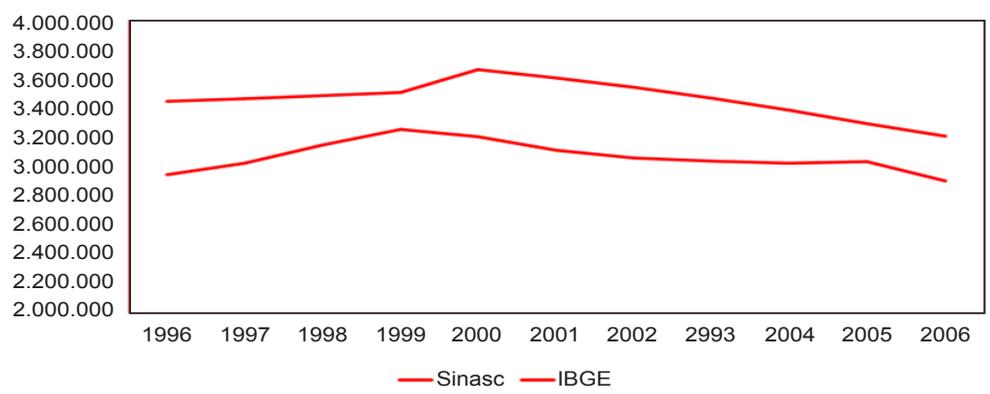
República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo Nº _____

I	Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório _____ Código _____ <input type="checkbox"/> Registro _____ <input type="checkbox"/> Data _____	
		<input type="checkbox"/> Município _____ UF _____	
II	Local da Ocorrência	<input type="checkbox"/> Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Estabelecimento _____ Código _____ <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estab., ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____	
		<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito _____ Código _____ <input type="checkbox"/> Município de ocorrência _____ Código _____ UF _____	
III	Mãe	<input type="checkbox"/> Nome da mãe _____ <input type="checkbox"/> RGC _____	
		<input type="checkbox"/> Idade (anos) _____ <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteira <input type="checkbox"/> 2 - Casada <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Sep. Judic./Divorc. <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Escolaridade (Pré-definido de acordo com o código) <input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade _____ Código _____ <input type="checkbox"/> Núm. de filhos tidos em gestações anteriores (Obs. Utilizar 99 se ignorados) <input type="checkbox"/> Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Nascidos mortos	
		<input type="checkbox"/> Residência da mãe <input type="checkbox"/> Logradouro _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____	
		<input type="checkbox"/> Bairro/distrito _____ Código _____ <input type="checkbox"/> Município _____ Código _____ UF _____	
IV	Gestação e parto	<input type="checkbox"/> Duração da gestação em semanas _____ Semanas _____ 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Número de consultas de pré-natal _____ 99 - Ignorado	
V	Recém-Nascido	<input type="checkbox"/> Nascimento <input type="checkbox"/> Data _____ <input type="checkbox"/> Hora _____ <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado <input type="checkbox"/> Índice de Apgar <input type="checkbox"/> 1º minuto _____ <input type="checkbox"/> 5º minuto _____	
		<input type="checkbox"/> Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> Peso ao nascer _____ em gramas	
		<input type="checkbox"/> Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado Qual? _____ Código _____	
VI	Identificação	<input type="checkbox"/> Polegar direito da mãe _____ <input type="checkbox"/> Pé direito da criança _____	
VII	Responsável pelo preenchimento	<input type="checkbox"/> Nome _____ <input type="checkbox"/> Função _____ <input type="checkbox"/> Identidade _____ <input type="checkbox"/> Órgão Emissor _____ <input type="checkbox"/> Data _____	

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

O gráfico a seguir compara o número de nascimentos coletados pelo Sinasc e o número de nascimentos estimados pelo IBGE¹⁰:



Fonte: (Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS/MS)

¹⁰ Fonte: Sinasc/CGIAE/DASIS/SVS/MS

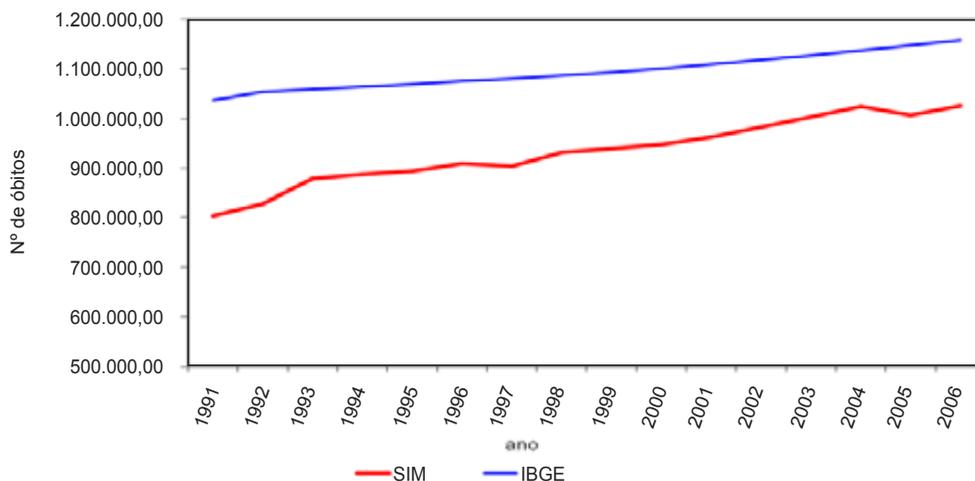
O documento-base do SIM é a Declaração de Óbito (DO):

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito Nº _____

I	Cartório	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data	
	4 Município	5 UF	6 Cemitério			
II	Identificação	7 Tipo de Óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não fetal	8 Óbito Data _____ Hora _____	9 Cartão SUS	10 Naturalidade	
	11 Nome do falecido					
	12 Nome do pai	13 Nome da mãe				
	14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos _____ Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado <input type="checkbox"/>	16 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado.	17 Raça/cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena		
18 Estado civil 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ Divorciado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) _____ Código _____			
III	Residência	21 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) _____ Código _____		Número _____	22 CEP _____	
	23 Bairro/Distrito	Código _____	24 Município de residência	Código _____	25 UF _____	
IV	Ocorrência	26 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		27 Estabelecimento _____ Código _____		
	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) _____	Número _____	Complemento _____	29 CEP _____		
V	Fetal ou menor que 1 ano	30 Bairro/Distrito	Código _____	31 Município de ocorrência	Código _____	
	32 UF _____					
VI	Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	33 Idade _____ Anos	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe _____ Código _____	36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para Ignorados) Nascidos vivos _____ Nascidos Mortos _____	
	37 Duração da gestação (Em semanas) 1 <input type="checkbox"/> Menos de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	38 Tipo de Gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	40 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	41 Peso ao nascer _____ Gramas		42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos _____			
VII	Médico	ÓBITOS EM MULHERES				
	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias 2 <input type="checkbox"/> Sim, de 43 dias a 1 ano 3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		ASSISTÊNCIA MÉDICA		
	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		46 Exame complementar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
	47 Cirurgia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		48 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
VIII	Causas externas	49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
	49a Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____	CID _____	
	49b Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de: _____		
IX	Localid. S/ Médico	50 Nome do médico _____		51 CRM _____	52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outros	
	53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) _____	54 Data do atestado _____	55 Assinatura _____			
56 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)						
56 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		57 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		58 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		
59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____						
60 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO						
60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) _____					Código _____	
61 Declarante _____			62 Testemunhas			
			A _____			
			B _____			

O gráfico abaixo compara o número de óbitos coletados pelo SIM e o número de óbitos estimados pelo IBGE:



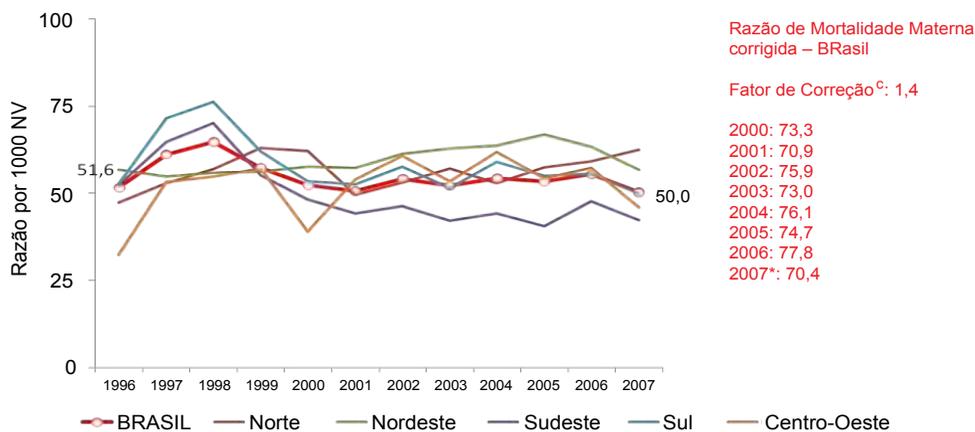
Fonte: (SIM/CGIAE/DASIS/SVS/MS)

A Ripisa calcula a Razão de Mortalidade Materna, através do seguinte método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$

A RMM é calculada diretamente dos sistemas SIM e Sinasc para os estados que atingem percentual de cobertura igual ou superior a 80% dos óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade, correspondendo a todos os estados das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com exceção de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. Os totais para as regiões são calculados apenas com as Unidades Federativas consideradas.

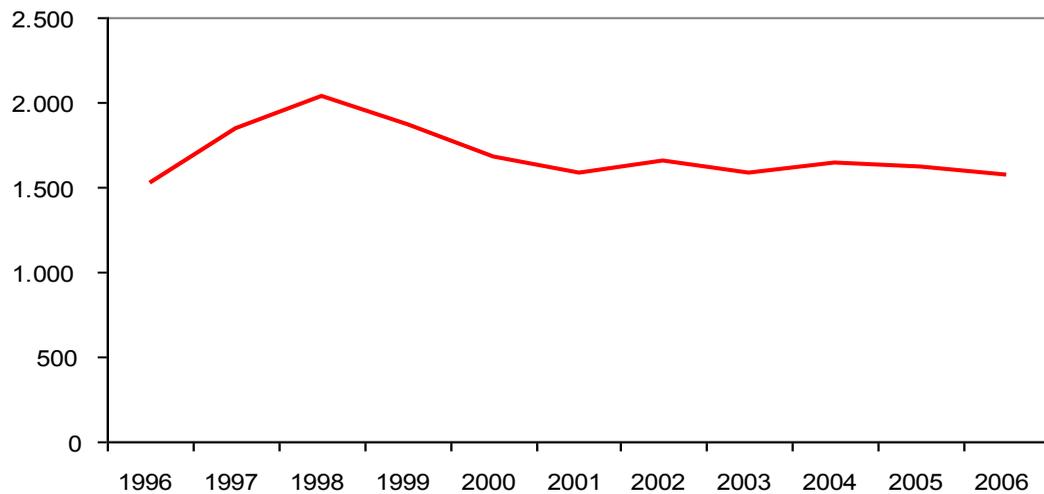
Para o cálculo da RMM no Brasil, desde 2001 é utilizado um fator de correção de 1,4 (Laurenti e col., 2004). O próximo gráfico mostra a RMM no Brasil e nas regiões do país entre 1996 e 2007 (BRASIL, 2008):



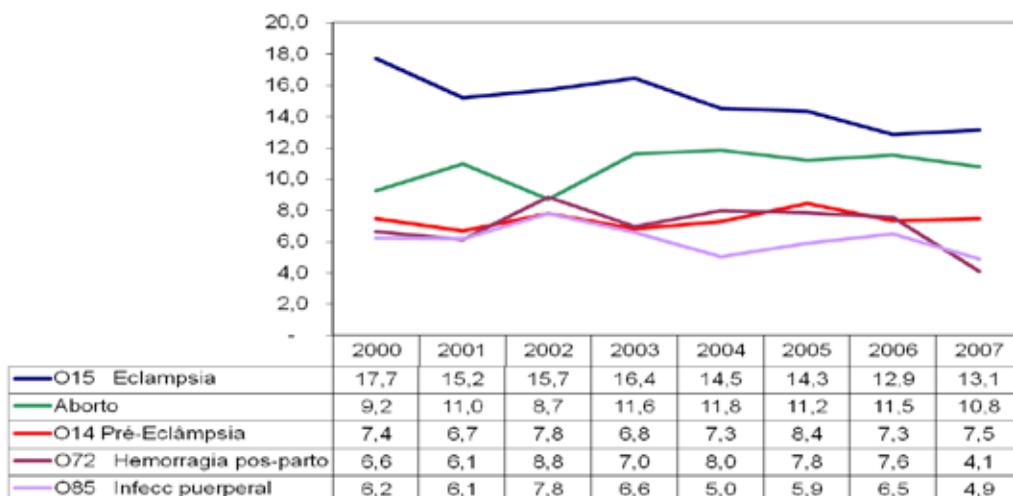
* Dados preliminares 14/11/2008

Fonte: (Ministério da Saúde/SVS – SIM e Sinasc; IBGE)

O gráfico abaixo mostra a evolução da mortalidade materna no Brasil. Como se pode observar, nos últimos dez anos (1996 – 2006), a redução do número de mortes foi pequena:

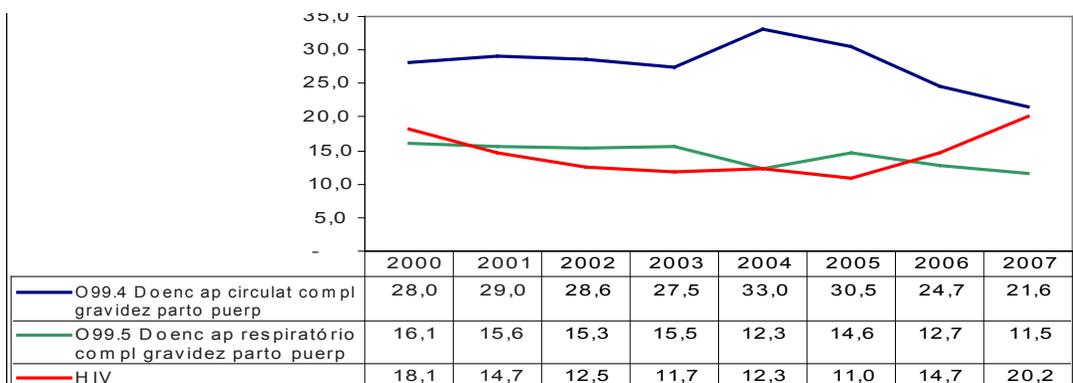


O próximo gráfico mostra a evolução da proporção das principais causas de morte por causas maternas diretas, no Brasil, entre 2000 e 2007:



Fonte: (SIM/SVS/MS)

O diagrama a seguir mostra a evolução da proporção das principais causas de morte por causas maternas indiretas, no Brasil, no mesmo período:

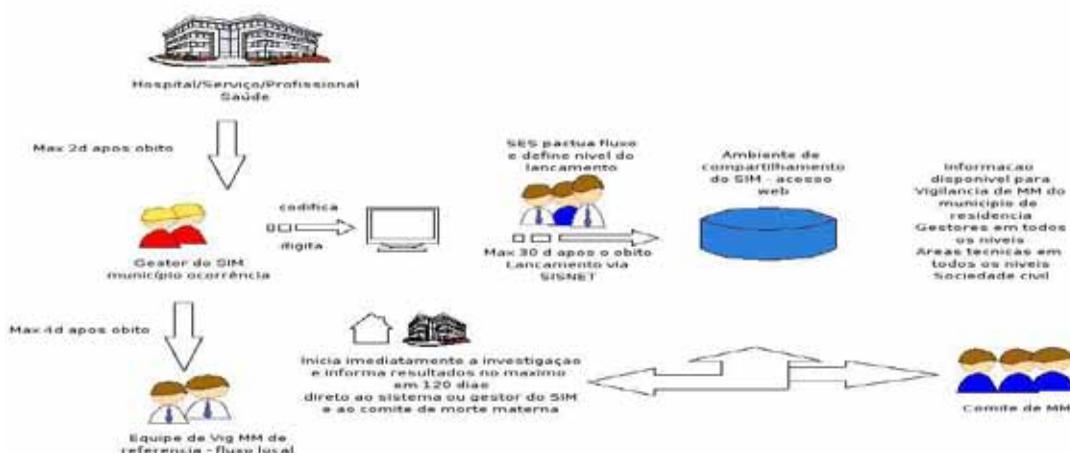


A vigilância e o monitoramento da Mortalidade Materna avançaram muito nos últimos anos, através das seguintes ações:

- Institucionalização da investigação de óbito materno no setor Saúde.
- Definição de casos para fins de notificação e investigação:
 - Morte materna declarada
 - Morte de mulher em idade fértil (10 a 49 anos), independentemente da causa
 - Definição de fluxos e prazos para notificar, investigar e informar no sistema de informação
- Definição de responsabilidades para gestores e equipes de vigilância. Delimitação, de forma clara, do que se espera nas ações de investigação e julgamento dos casos (vigilância de óbitos maternos e comitês).
- Reafirmação da Declaração de Óbito como um instrumento de notificação e do SIM como sistema de informação para o tema:
 - Instituição de prazos diferenciados para este evento
 - Construção de instrumento de investigação
 - Desenvolvimento de módulo de investigação no SIM

O fluxo para a notificação dos casos de mortalidade materna é:

- Estabelecimento de saúde notifica ao Gestor do SIM do município de ocorrência
- Prazo máximo de 48 horas
- Gestor do SIM notifica à equipe de vigilância de morte materna;
- Prazo máximo 48 horas
- Gestor do SIM alimenta sistema de informação com a notificação e transfere para Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde simultaneamente
- Prazo máximo 30 dias



Os Comitês de Morte Materna são organismos de natureza multiprofissional e confidencial que visam analisar os óbitos maternos e propor intervenções oportunas para reduzir a morbidade e evitar novas mortes.

A tabela abaixo mostra o número de Comitês de Morte Materna no Brasil 1998 – 2005 – 2007.

REGIÃO	REG		MUN		HOSP	
	2001	2005 /2007	2001	2005 /2007	2001	2005 /2007
NORTE	14	03 /09 (PA)	50	11/21 (PA)	04	11 /12 (PA)
NORDESTE	49	64 /65	60	191/86 (AL)	21	39 /40
CENTRO-OESTE	16	15 /16	0	57 /8 (MS,MT)	0	20 /4 (DF)
SUDESTE	26	37 /53	19	272 /598 (MG, SP)	0	56 /176 (MG)
SUL	33	53 /48	125	217/180	19	80 /33 (RS)
BRASIL	138	172 /191	254	748 /893	44	206/265

6.2.3 Painel ODM 6 – Enfrentar a Epidemia de HIV/aids, malária, tuberculose e outras doenças endêmicas

ODM 6

Meta 7: até 2015, ter detido a propagação do HIV/aids e começado a inverter a tendência atual.

Indicadores

- Taxa de prevalência do HIV/aids entre as mulheres grávidas com idades de 15 a 24 anos
- Taxa de utilização de anticoncepcionais
- Número de crianças tornadas órfãs pela aids

Meta 8: até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.

Indicadores

- Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à malária
- Proporção da população das zonas de risco que utilizam meios de proteção e de tratamento eficazes contra a malária
- Taxas de prevalência e de mortalidade ligadas à tuberculose
- Proporção de casos de tuberculose detectados e curados no âmbito de tratamentos de curta duração sob vigilância direta

Tema norteador: Prevenção e acesso ao diagnóstico e tratamento do HIV/aids, malária e tuberculose

Coordenador: Vitor Laerte Pinto Junior, Fiocruz

Debatedor: Pedro Chequer, UNAIDS

Síntese das exposições:

Mariângela Simão, do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde do Brasil, abordou o enfrentamento da epidemia da aids entre mulheres.

A heterossexualização da epidemia começou nos primeiros anos da década de 90, acompanhada da feminização da infecção e do aumento da transmissão vertical do vírus.

A vulnerabilidade da mulher possui dimensões sociais, individuais e programáticas:

Dimensão social

- Desigualdade de gênero
- Pobreza
- Racismo e discriminação por etnia
- Violência Sexual e doméstica
- Baixo reconhecimento dos direitos de adolescentes e jovens
- Estigma e violação de direitos

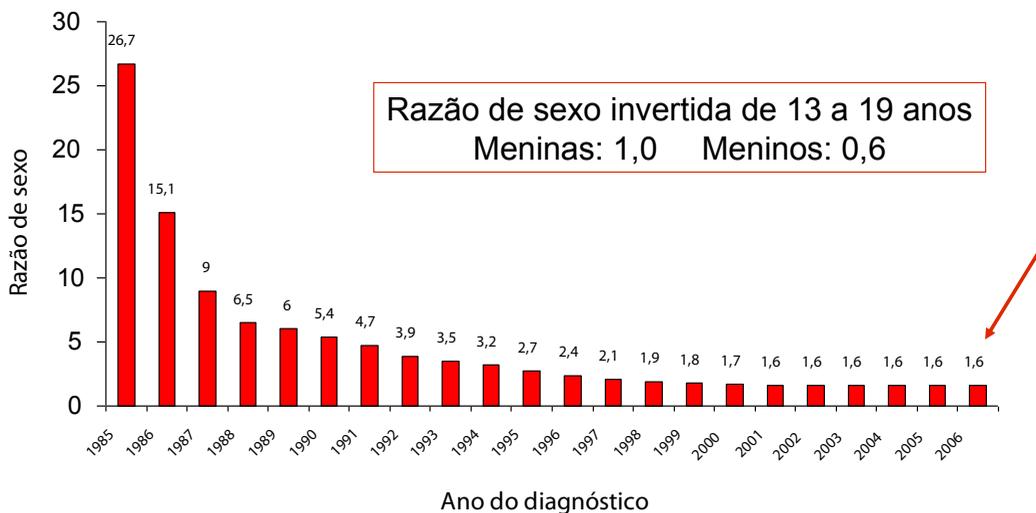
Individual

- Presença de infecções assintomáticas – DST
- Fragilidade entre conhecimento sobre HIV e adoção de práticas sexuais seguras
- Uso de drogas

Programática

- Ações fragmentadas e pontuais, direcionadas para populações específicas
- Ausência de definição de políticas

A ocorrência da aids entre as mulheres aumentou muito nos últimos anos. Em 1986, para cada 15 homens infectados, havia uma mulher. Em 2006, para cada 15 homens, havia 10 mulheres. Nos jovens de 13 a 19 anos, houve uma inversão na razão de sexo: em 1986, por exemplo, para cada seis meninos infectados, havia uma menina. Em 2006, para cada seis meninas infectadas, havia um menino, como mostra o gráfico a seguir:



Fonte: (MS/SVS/PN-DST/Aids e MS/SVS/DASIS/SIM)

A tabela abaixo mostra a porcentagem de uso de preservativos nos últimos 12 meses, no Brasil, por sexo, tipo de relação e idade, em 2005 (BRASIL, 2005):

Idade	Estáveis ¹			Eventuais ²		
	16–19	20–24	16–65	16–19	20–24	16–65
Homens	51,5	38	18,6	86,8	76,8	69,8
Mulheres	32,6	23,4	17,8	42,1	57,9	49,1

Estáveis¹: relação de namoro, noivado, casamento ou amante e que implique compromisso.

Eventuais²: relação que não estabelece qualquer vínculo ou compromisso de continuidade na relação.

Uma pesquisa de comportamento sexual realizada em 2005 mostrou que 92% da população sabe que aids é sexualmente transmissível e 94% sabe que ela pode ser prevenida com o uso de preservativo. As principais razões alegadas por jovens de 16 a 24 anos para não usar o preservativo são:

- Confiam no/a parceiro/a: meninos (7,1%); meninas (27%)
- Não tinha no momento: sem diferença entre os sexos (47%)

Entre os principais desafios do Programa Nacional de DST/Aids, Simão ressaltou:

Gestão

- Efetivação de ações intersetoriais
- Financiamento – pactuações orçamentárias:
 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (instâncias gestoras)
 - Secretarias Estaduais e Municipais de Políticas para as Mulheres
 - Conferências de Saúde
 - Conferências de Políticas para as Mulheres

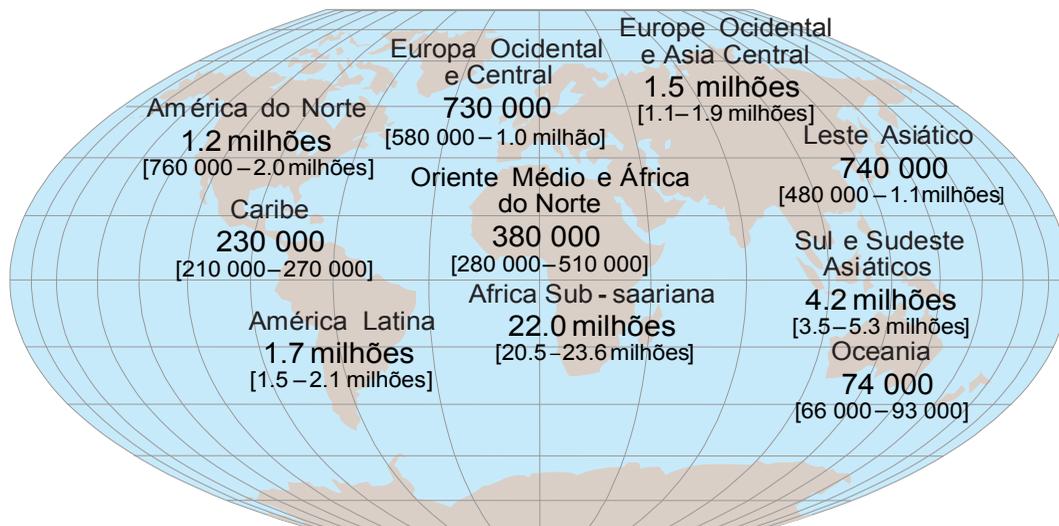
Organização da rede de serviços

- Integralidade e correção das iniquidades – mulheres vivendo com HIV/aids, jovens e adolescentes, lésbicas, prostitutas, transexuais e usuárias de álcool e outras drogas

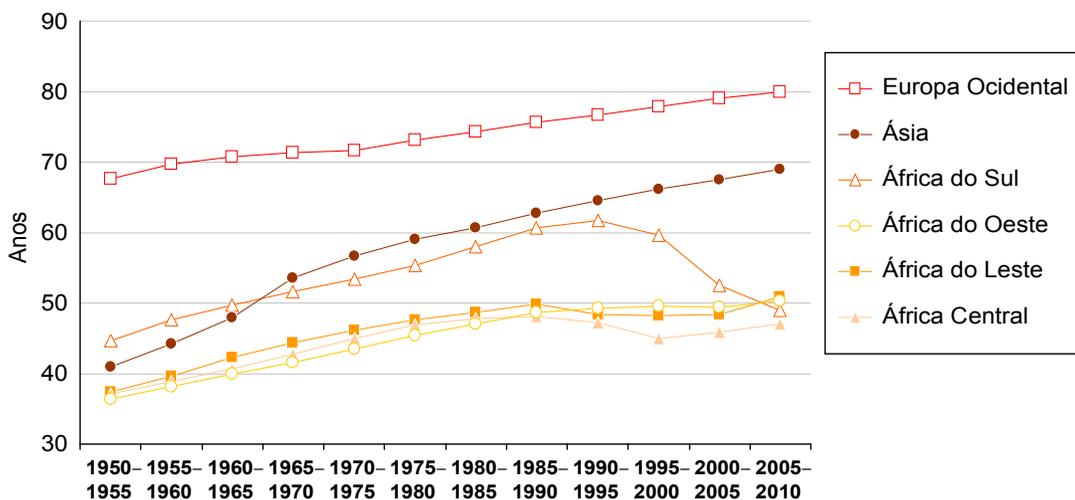
Mobilização social

- Enfrentamento da feminização por parte dos diferentes movimentos de mulheres

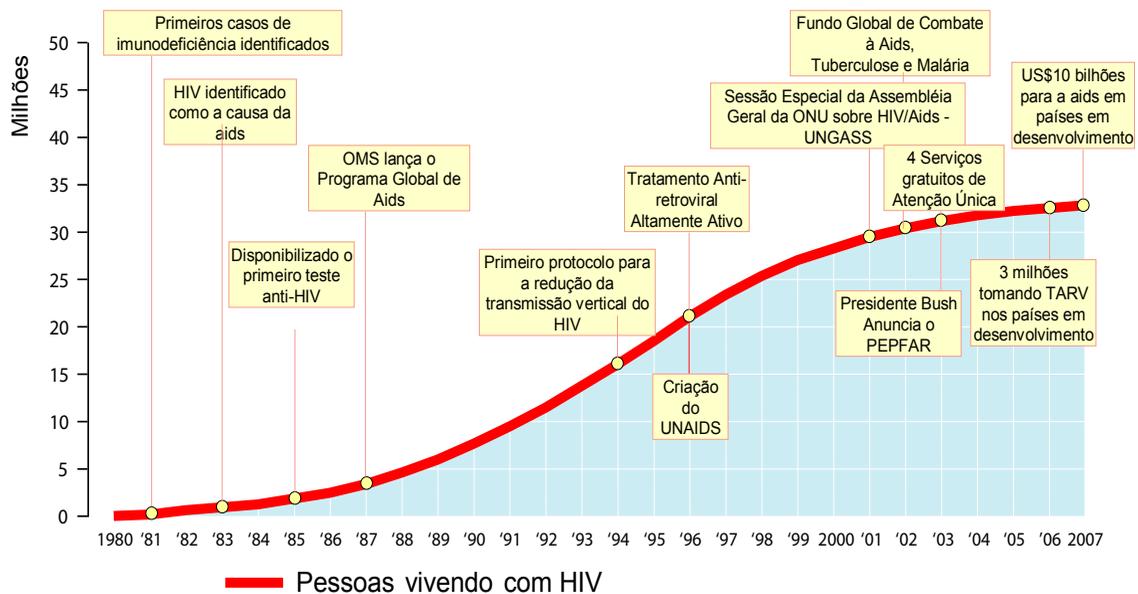
Luiz Loures, da UNAIDS, realizou uma apresentação sobre a epidemia do HIV/aids no mundo. Hoje, existem entre 33 e 36 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids, a maior parte das quais – cerca de 22 milhões – vive na África Subsaariana, como mostra o mapa abaixo:



O HIV/aids é um dos fatores responsáveis pela baixa expectativa de vida nesta parte do mundo. O gráfico abaixo compara a expectativa de vida nas quatro regiões africanas com a Ásia e a Europa ocidental (UNITED NATIONS, 2009):



Desde que os primeiros casos de imunodeficiência foram identificados, em 1981, já são 27 anos de resposta à aids. No diagrama mostrado a seguir, Loures ressaltou os principais marcos dessa trajetória, com ênfase para a criação de instituições cuja principal missão é a luta contra a epidemia e o apoio às pessoas infectadas.



*PEPFAR é o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para AIDS.

Fonte: (LOURES, 2009?).

O HIV/aids é um tema transversal a várias áreas de desenvolvimento. O oficial da UNAIDS mostrou como a batalha contra a epidemia impacta sobre outros ODM:

ODM 1 – Erradicar a extrema pobreza e a fome

- Oferecer tratamento e atenção ao HIV melhora a produtividade laboral.

ODM 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

- A resposta à aids contribui para reduzir as iniquidades de gênero e a violência contra as mulheres.

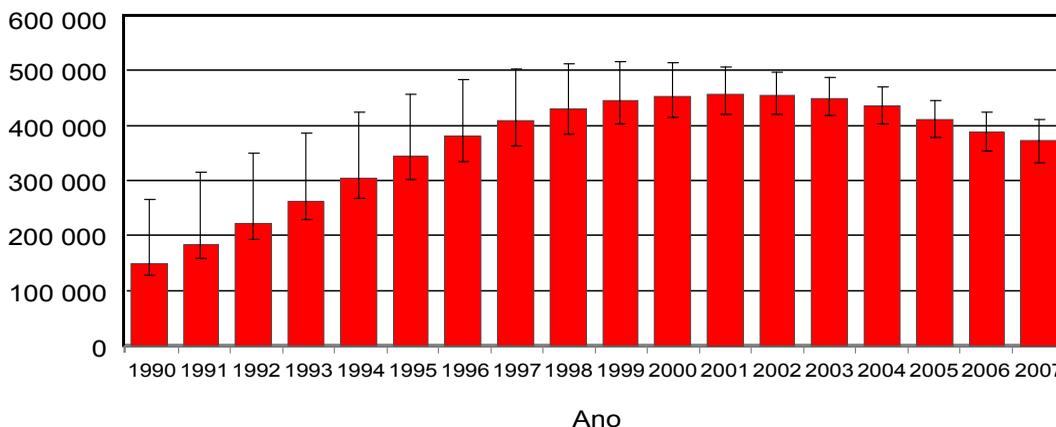
ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância

- A prevenção da transmissão vertical do HIV contribui para prevenir a mortalidade infantil.

ODM 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

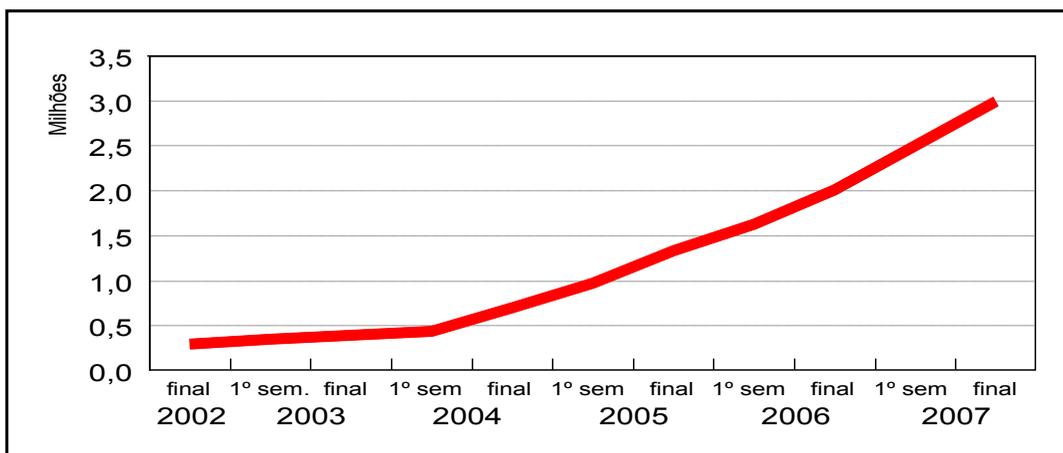
- A mobilização pelo acesso ao tratamento da aids incentiva a redução nos preços e favorece o investimento na produção de medicamentos genéricos e insumos para outras doenças.

Com relação ao ODM 4, ele frisou que o número de novas infecções entre crianças começou a diminuir a partir de 2001, após os estados membros da ONU firmarem o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O gráfico a seguir mostra a evolução desse indicador desde 1990:

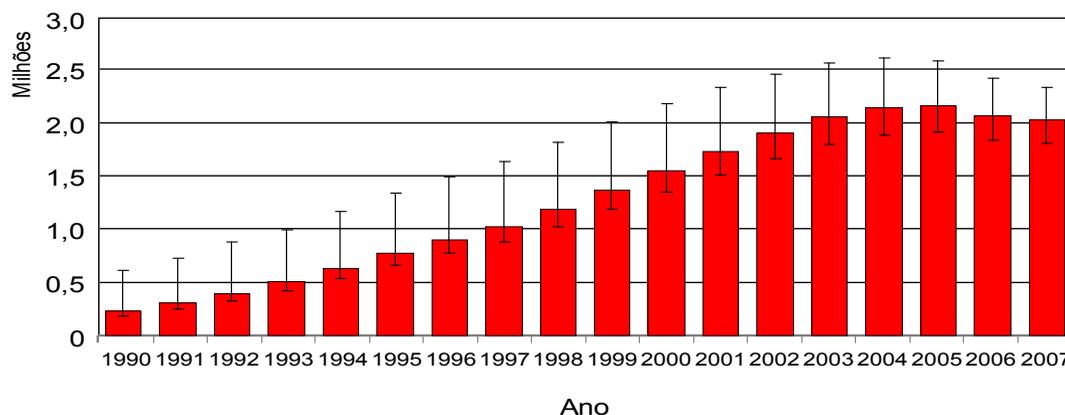


Este sinal indica a margem para mais ou para menos referente à estimativa

Além disso, as terapias antirretrovirais melhoraram muito a qualidade de vida dos portadores de HIV/aids. O número de pessoas com acesso a esses medicamentos em países de baixa e média renda aumentou nos últimos anos, conforme mostra o gráfico a seguir:

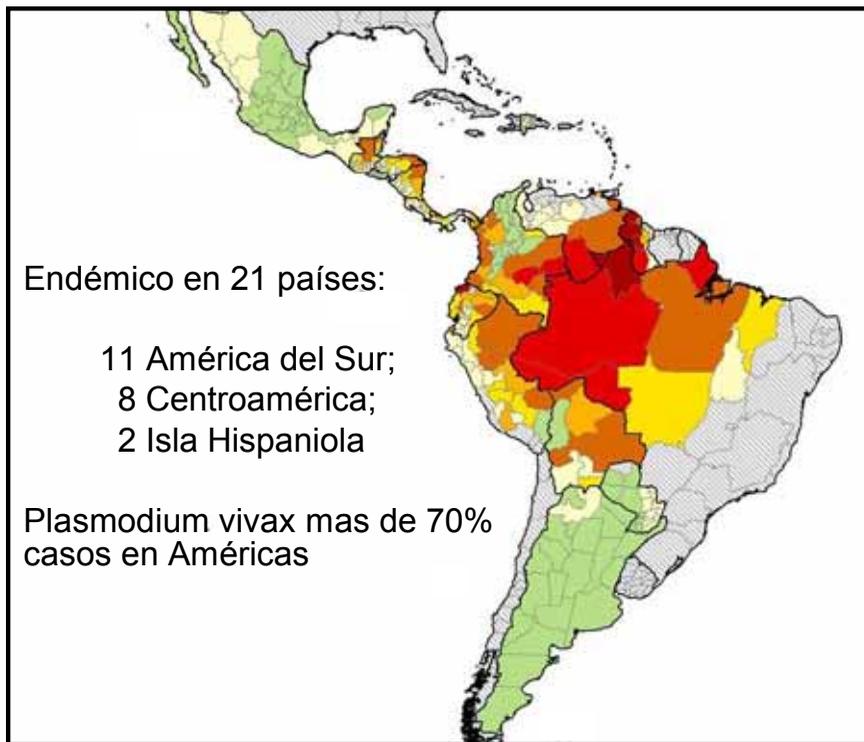


Loures finalizou a exposição frisando que, graças ao acesso a antirretrovirais e aos esforços de diversos países e organizações, o número de mortes de crianças e adultos por aids começou a diminuir globalmente. O gráfico a seguir mostra essa tendência, entre 1990 e 2007 (UNITED NATIONS, 2008):

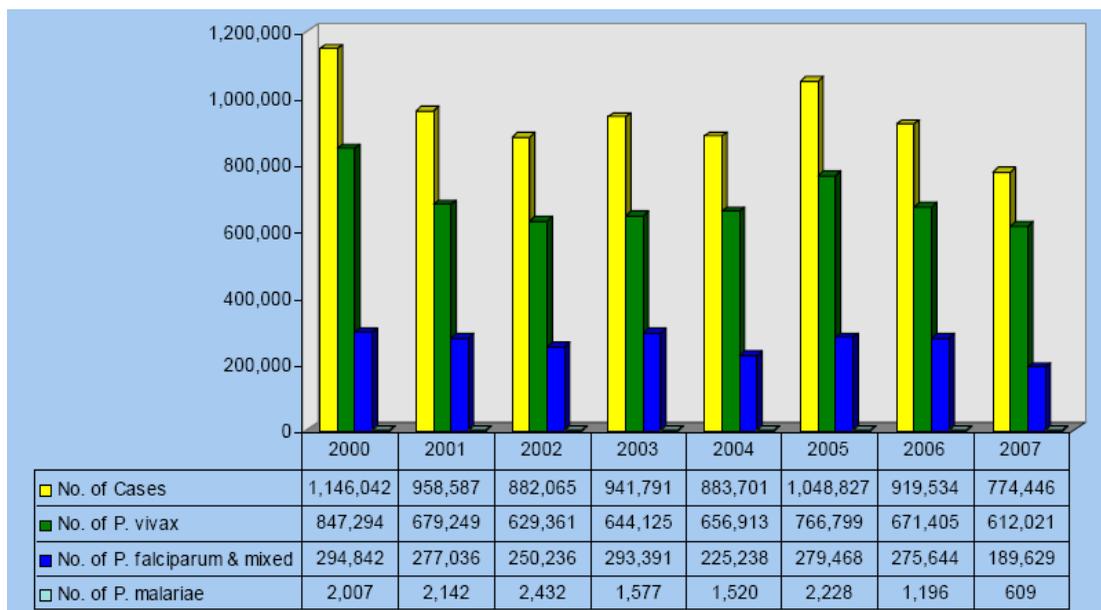


Este sinal indica a margem para mais ou para menos referente à estimativa

Roberto Montoya, da OPAS/OMS, abordou a problemática da malária na América Latina. A doença é endêmica em 21 países da região, como se pode observar no mapa a seguir:

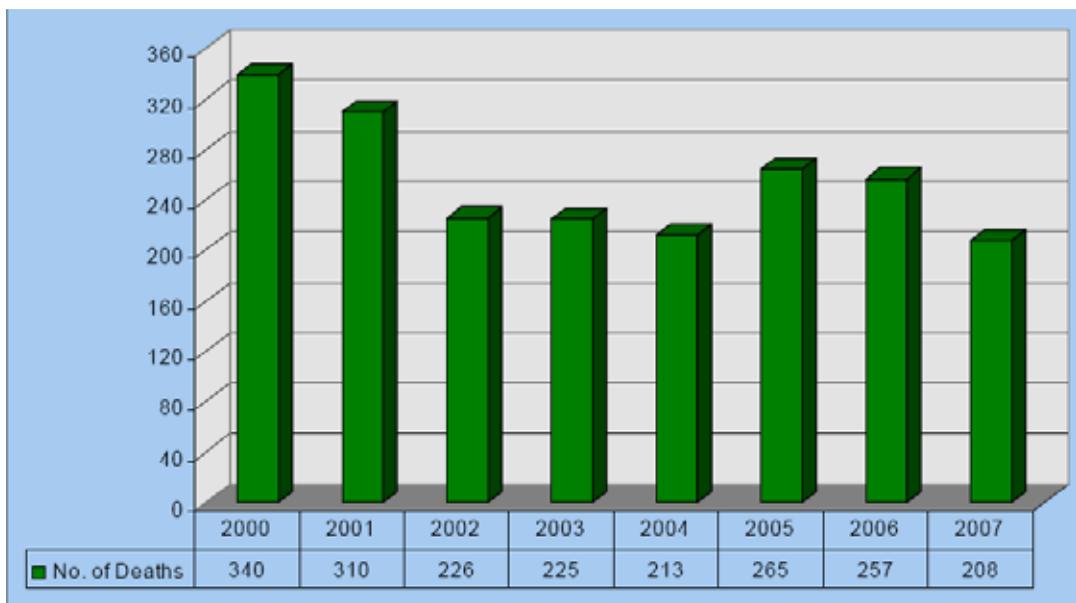


O gráfico a seguir mostra o número total de casos (morbidade), por tipo de malária (*plasmodium vivax*, *plasmodium malariae* e *plasmodium falciparum*). Este último constitui a forma mais perigosa e letal da doença, na América Latina:



* Inclui estimativas e dados preliminares

A mortalidade em razão da malária também caiu na região, nos últimos anos:



* Inclui estimativas e dados preliminares

Nos últimos anos, diversas estratégias foram empreendidas para controlar o avanço da malária no mundo, tais como:

- 1955 – Programa de Erradicação Global da Malária
- 1992 – Estratégia de Controle Global da Malária
- *Roll Back Malária* (RBM). Meta: reduzir em 50% a incidência da malária, até 2010
- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- Resolução OMS/OPAS/OMS (2005): reduzir em 75% a incidência da malária, até 2015

O quadro a seguir mostra o número de casos de malária em países da América Latina em 2007 e as Metas do RBM e do ODM para 2010 e 2015, respectivamente:

Country/Subregion	2000 (Baseline)	2006	2007	2010 (RBM Objectives: Expected 50% reduction)	2015 (MDGs: Expected 75% reduction)
Central America					
Belize	1,486	844	845	743	372
Costa Rica	1,879	2,903	1,223	940	470
El Salvador	745	48	48	373	186
Guatemala	53,311	31,093	15,382	26,656	13,328
Honduras	35,125	11,561	11,561	17,563	8,781
Mexico	7,390	2,514	2,361	3,695	1,848
Nicaragua	23,878	3,114	1,356	11,939	5,970
Panama	1,036	1,663	1,281	518	259
Caribbean					
Dominican Rep.	1,233	3,525	2,711	617	308
Haiti	16,897	32,739	23,452	8,449	4,224
South America					
Argentina	440	209	209	220	110
Bolivia	31,469	18,995	14,458	15,735	7,867
Brazil	613,241	549,184	458,041	306,621	153,310
Colombia	107,616	120,096	110,389	53,808	26,904
Ecuador	104,528	9,863	8,464	52,264	26,132
French Guiana	3,708	4,074	2,314	1,854	927
Guyana	24,018	21,064	11,657	12,009	6,005
Paraguay	6,853	823	1,341	3,427	1,713
Peru	68,321	64,871	64,871	34,161	17,080
Suriname	13,132	3,289	807	6,566	3,283
Venezuela	29,736	37,062	41,681	14,868	7,434
TOTAL	1,146,042	919,534	774,452	573,021	286,511

Verde: dados oficiais do país

Amarelo: dados de outros anos

Azul: dados preliminares dos países

Como se pode observar, cinco países já alcançaram as metas dos ODM e do RBM: El Salvador, Equador, Nicarágua, Paraguai e Suriname.

Os mosquiteiros tratados com inseticidas (MTI na sigla em espanhol) e os mosquiteiros tratados com inseticidas de longa duração (MILD na sigla em espanhol) começaram a ser utilizados nos países da América Latina entre 2004 e 2007. Nesse período, informes oficiais dos países indicam que cerca de 1.719.718 de mosquiteiros foram distribuídos.

Combinações terapêuticas com derivados de artemisinina (ACT) são as mais utilizadas no tratamento de pessoas com malária. A OMS recomenda as seguintes combinações:

- Artesunato (ASU) + amodiaquina (AQ)
- Artesunato (ASU) + sulfadoxina-pirimina (SP)

- Artesunato (ASU) + mefloquina (MQ)
- Artemether-lumefantrine (LUM)

Montoya mostrou uma das campanhas de prevenção realizadas pelo governo brasileiro:

Evite a Malária 2008

Secretaria de Estado de Saúde do Acre

Uso de Mosquiteiros Impregnados

Como se prevenir da doença?

- Conhecer os principais sintomas da doença (febre, diarreia, vômitos, dores pelo corpo, dor de cabeça, falta de apetite entre outros);
- Buscar o Posto de diagnóstico mais próximo de sua residência;
- Evitar a picada de mosquitos em áreas de transmissão com o uso de repelentes, inseticidas, telas em portas e janelas, mosquiteiros ou não frequentar áreas alagadas onde existem criadouros naturais do mosquito;
- E não se automedicar caso venha a apresentar os sintomas.

Mosquiteiros cortinado com inseticida que é liberado.

Sol → NÃO

Sombra → SIM

NÃO espere no sol

NÃO coloque no sol

NÃO deixe secar ao sol

- Coloque o mosquiteiro cortinado em um balde com água a um metro de altura.
- Agite o mosquiteiro cortinado dentro da água por 3 minutos, sem esfregar.
- Molhe a água seca e coloque água limpa no balde e agite o mosquiteiro cortinado para tirar o excesso. Faça isto até retirar o excesso.

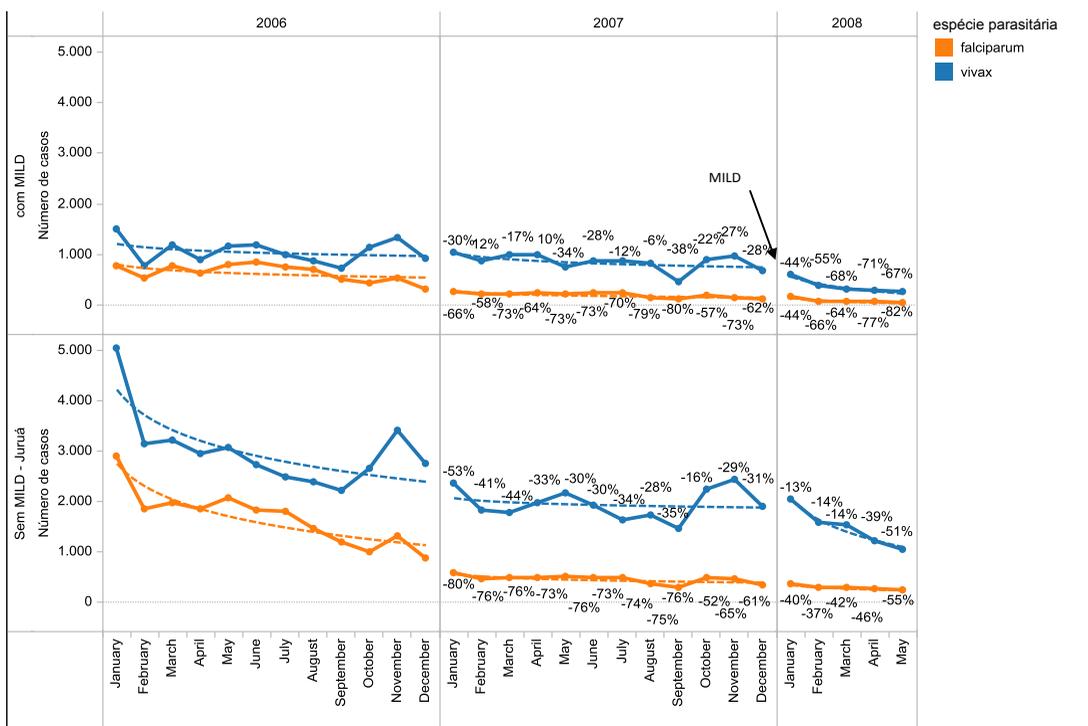
Agitando para cima e para baixo

Lave de três em três meses porque ele é preparado para não acumular sujeira

Ministério de Saúde do Brasil - 2008

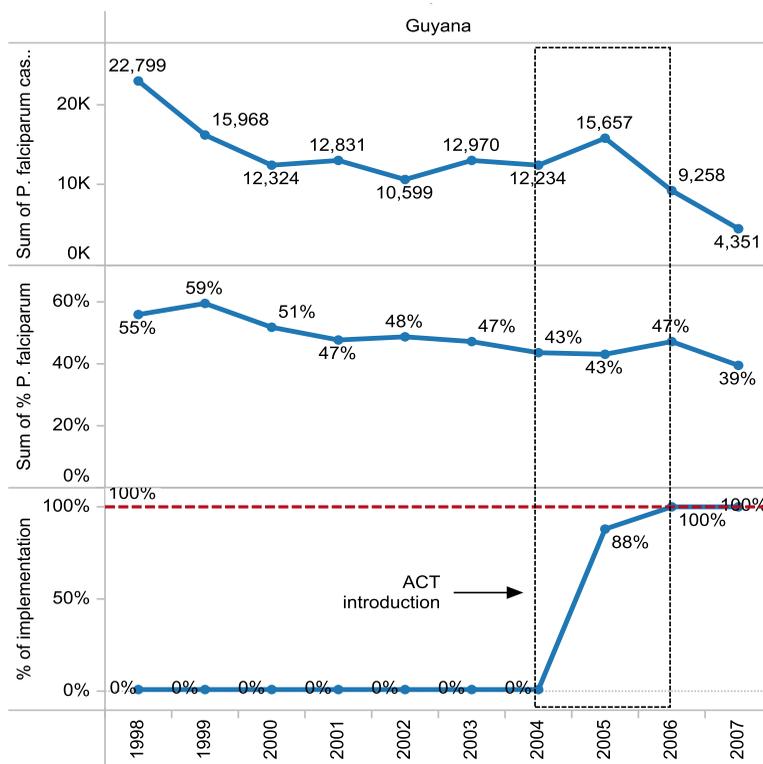
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho

O gráfico a seguir mostra o número de casos de malária antes e depois do uso de mosquiteiros (MILD) no Município de Juruá, entre janeiro de 2006 e maio de 2008.

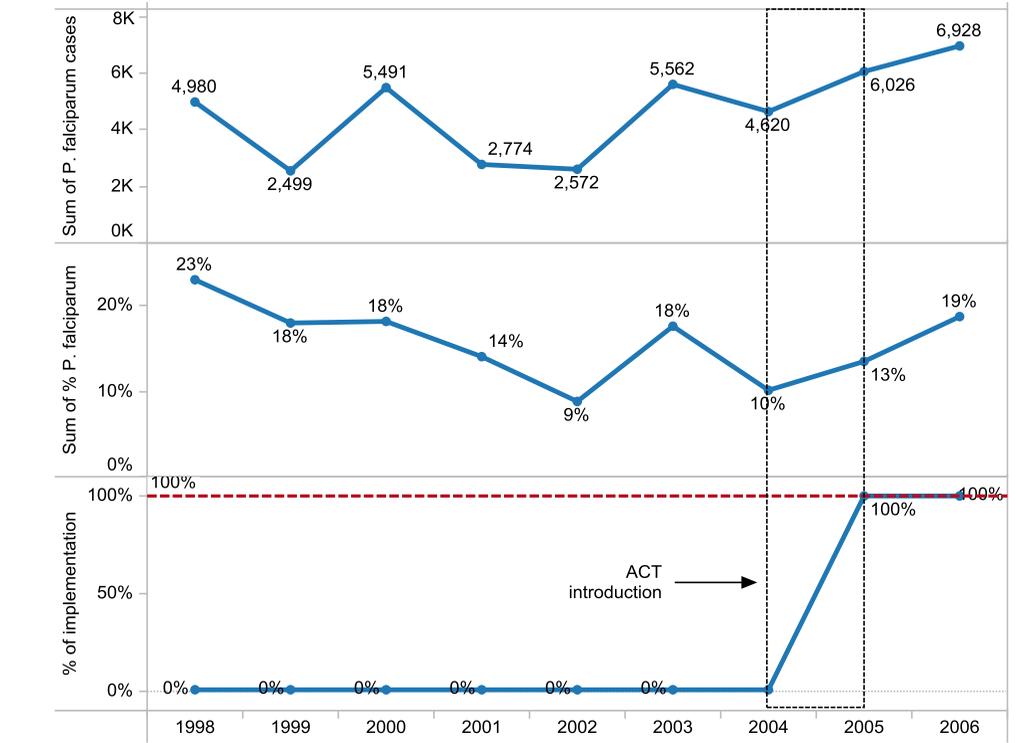


Ao final, com base em um estudo realizado em países amazônicos entre 1998 e 2004, Montoya mostrou a relação entre o número de casos de malária e a introdução de ACT:

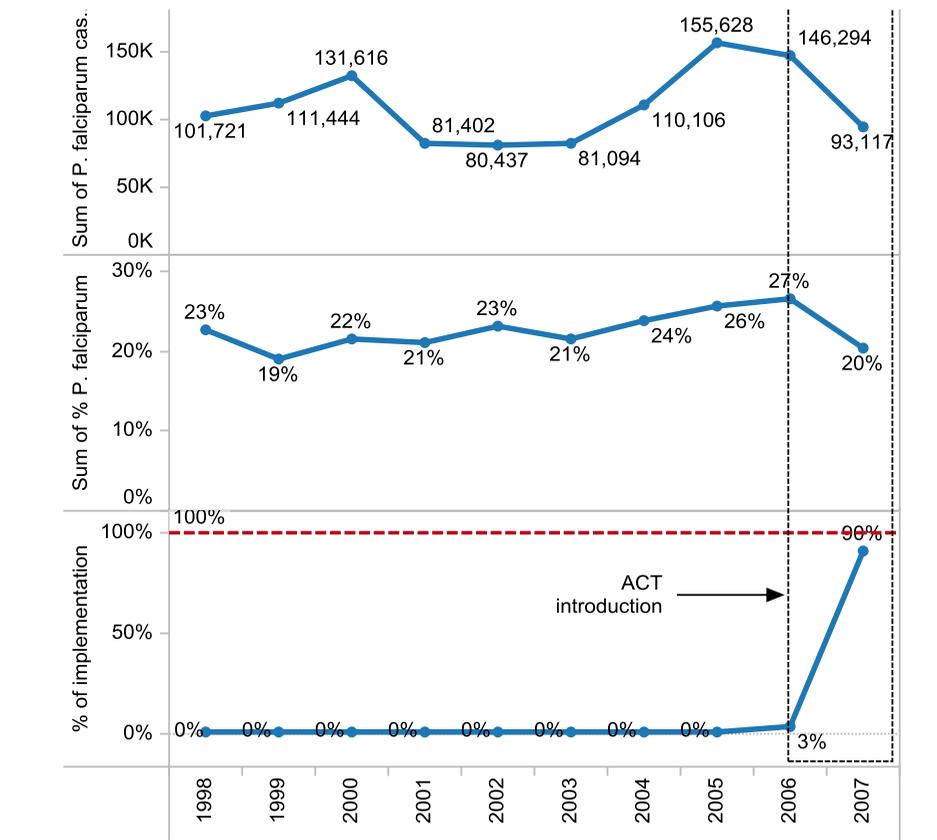
Guiana



Venezuela



Brasil



César Bonilla Asalde, do Ministério da Saúde do Peru, realizou a exposição “Enfrentando a Tuberculose do ponto de vista da Saúde Pública e da Atenção Primária”. Ele iniciou sua abordagem afirmando que a tuberculose, por sua natureza multifatorial, exige uma abordagem multissetorial, multi-institucional e multidisciplinar.

O controle da doença possui diversas dimensões:

Humana

- Incorporar o conceito da equidade e da cidadania em saúde, prevenindo a doença, o sofrimento e a morte causados por ela.

Social

- Articulação do setor governamental e da sociedade civil (associações público-privadas, responsabilidade social no setor privado, entre outros).
- Vigilância cidadã deve ser incorporada aos cuidados contra a TB.
- Enfoque centrado na comunidade.

Político-econômica

- A redução do número de pessoas que sofrem de TB pode reduzir o impacto de custos diretos e indiretos sobre os indivíduos e a sociedade. O enfoque dessas ações deve ser centrado nos tomadores de decisão.

O combate à TB envolve, entre outros elementos-chave:

- Expandir e melhorar a qualidade do DOTS (*Direct Observation Therapy Strategy*).
- Enfrentar a coinfeção do HIV/TB, a TB/MDR¹¹ e outros desafios.
- Fortalecer os sistemas de saúde.
- Envolver as pessoas com TB e as comunidades afetadas.
- Promover pesquisas.

O quadro a seguir sintetiza alguns dos impactos da TB na saúde pública, no Peru (PERU, 2010):

	2006	2007	Total
Morbilidad Total	36,643	34,534	71,177
Personas Curadas	33,028	31,786	64,814
Infecciones Evitadas	660,560	635,720	1,296,280
Enfermedad Evitada	132,112	127,144	259,256
Fallecimientos Evitados	92,478	89,001	181,479

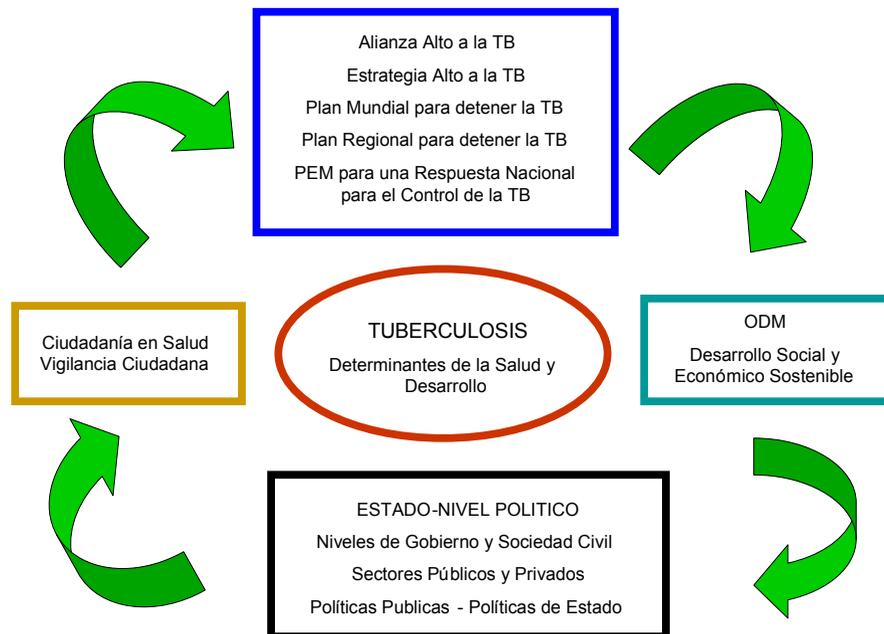
A estimativa de infecções evitadas é realizada calculando-se que um paciente bacífero pode infectar cerca de 20 pessoas e, dos que são infectados, cerca de 20% desenvolverá a doença. Desses casos, 50% serão de *TB Pulmonar Frotis Positivo*. A estimativa de mortes evitadas é realizada em função do risco de morte, que é de 70%.

Acompanhando a tendência de queda nos números de infecções, doenças e falecimentos observados acima, o gráfico a seguir mostra a taxa de morbidade e incidência da tuberculose, no país, entre 1990 – 2007 (PERU, 2010):

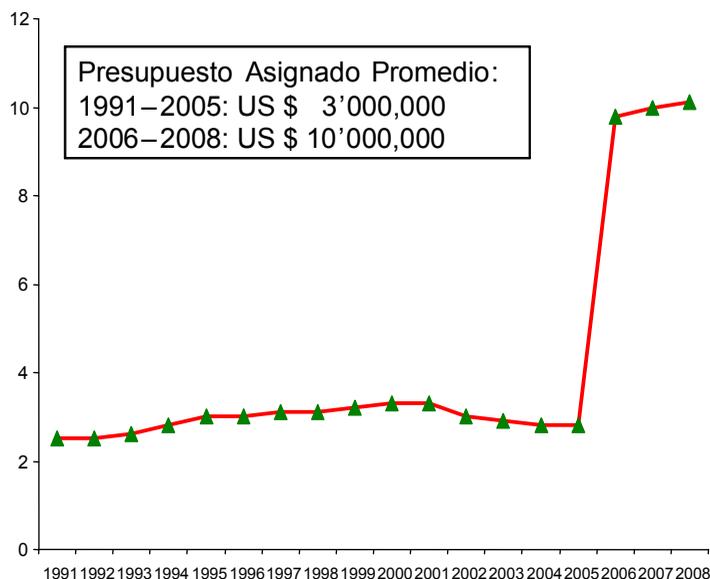
¹¹ *Multidrug-resistant tuberculosis* (TB resistente a drogas).

- Implementar a “Estratégia Alto à TB” em áreas de alta vulnerabilidade com elevado risco de transmissão de TB. Melhorar a capacidade gerencial das equipes multidisciplinares.
- Continuar com a promoção do respeito à dignidade humana, bioética e direitos humanos, em todos os níveis de gestão.

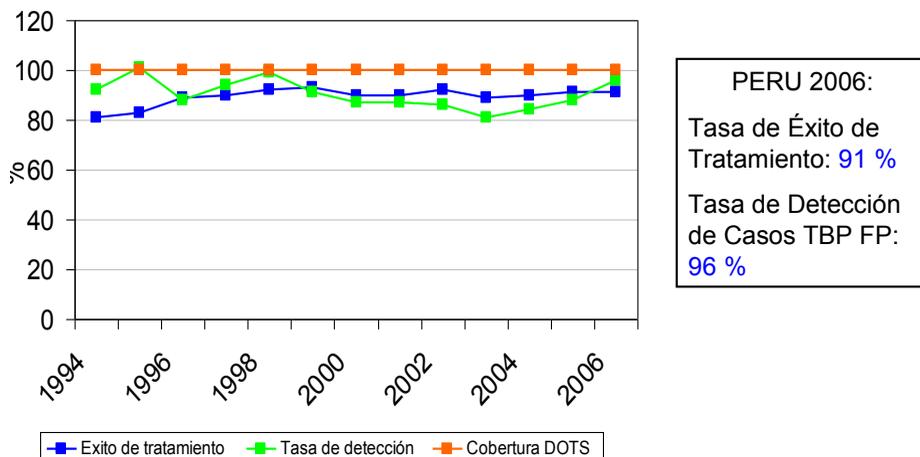
O diagrama a seguir sintetiza a estratégia do governo do Peru para enfrentar a TB:



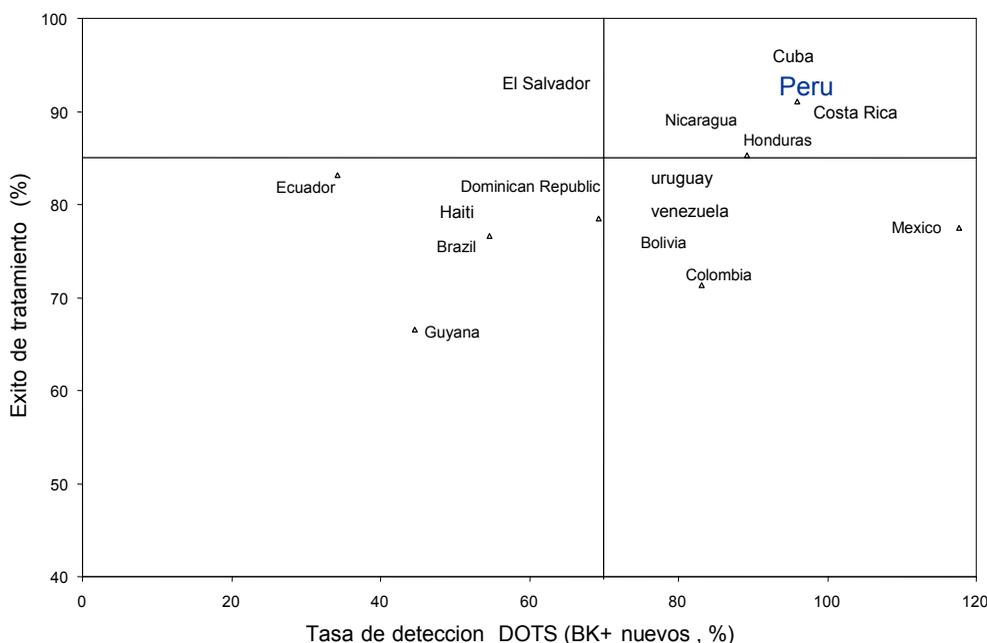
Parte dos resultados alcançados pode ser explicado pelo aumento do orçamento do governo do Peru para o combate à TB (PERU, 2010):



O gráfico a seguir mostra a porcentagem de êxito no tratamento da tuberculose no Peru: 91%. A taxa de detecção de casos de TBP-FP (*Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo*) é de 96% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008):



O gráfico a seguir compara o Peru e outros países da região nos eixos êxito de tratamento e número de casos detectados:



Bonilla finalizou sua apresentação afirmando que, apesar dos avanços ocorridos no controle da TB, ela continua sendo um problema de saúde pública, agravado pela presença de formas severas da doença. Nesse sentido, a ODM converteu-se em um instrumento poderoso para o controle da tuberculose. Ele também frisou a importância para os países que tenham atingidos na média, bons resultados, que não diminuam seus esforços, para garantir sustentabilidade à iniciativa e garantir recursos para áreas de alta vulnerabilidade e com um elevado risco de transmissão.

Segundo ele, o enfoque intersetorial complementado com as estratégias de atenção primária de saúde, a participação ativa da comunidade e o fomento à tecnologia adequada contribuirá com o desenvolvimento sustentável e econômico das populações e o controle da TB.

Jorge Bermudez, secretário-executivo da Facilidade Internacional para a Compra de Medicamentos (UNITAID), falou sobre o desenvolvimento da instituição e os resultados alcançados até o momento.

Fundada em 2006 por Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, a UNITAID constitui um mecanismo inovador de financiamento para acelerar o acesso a medicamentos para HIV/aids, TB e malária, baseado em uma taxa sobre passagens aéreas.

Hoje, os países em desenvolvimento representam 84% da população mundial e concentram mais de 93% da carga global de doenças. No entanto, menos de 11% dos gastos globais em saúde ocorre nestas regiões. A UNITAID foi criada no seguinte contexto:

- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2001).
- Consenso de Monterrey sobre financiamento para o desenvolvimento (2000).
- Ação Global contra a Fome e a Pobreza, lançada pelo presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, em setembro de 2004.
- *Paris Declaration on Aid Effectiveness* (2005).
- *Accra Agenda for Action* (2008).
- A nova arquitetura de saúde global.
- As fronteiras entre globalização, saúde e comércio.

A missão da organização é ampliar o acesso ao tratamento para HIV/aids, malária e tuberculose para as populações mais pobres dos países em desenvolvimento, por meio da redução dos preços de medicamentos de qualidade para tratamento e diagnóstico, acelerando a disponibilidade desses produtos. Há muitos anos, a comunidade internacional busca ferramentas para assegurar financiamento sustentável para o desenvolvimento. A maior vantagem da taxa sobre passagens aéreas é sua habilidade de ser implementada em nível nacional, sem impacto negativo aos países participantes.

O impacto da taxa pode ser avaliado através de um exemplo Francês:

Taxa recebida em cada passagem por UNITAID <i>(na França)</i>	Classe economica	Primeira classe ou Executiva
Voo na França ou Europa	~ 1 Tratamento antimalarico para 2 crianças ex: voo Paris - Berlin	~ 10
Voo internacional	~ 4	~ 40 1 criança HIV-positiva sob tratamento por 1 ano ex: voo Paris - Dakar

Segundo Bermudez, uma aeronave com 300 passageiros a bordo deixando Paris cobre o tratamento de 60 crianças HIV-positivas durante um ano sem impacto econômico no tráfego aéreo.

O desenvolvimento da UNITAID foi motivado por diversos fatores, entre os quais:

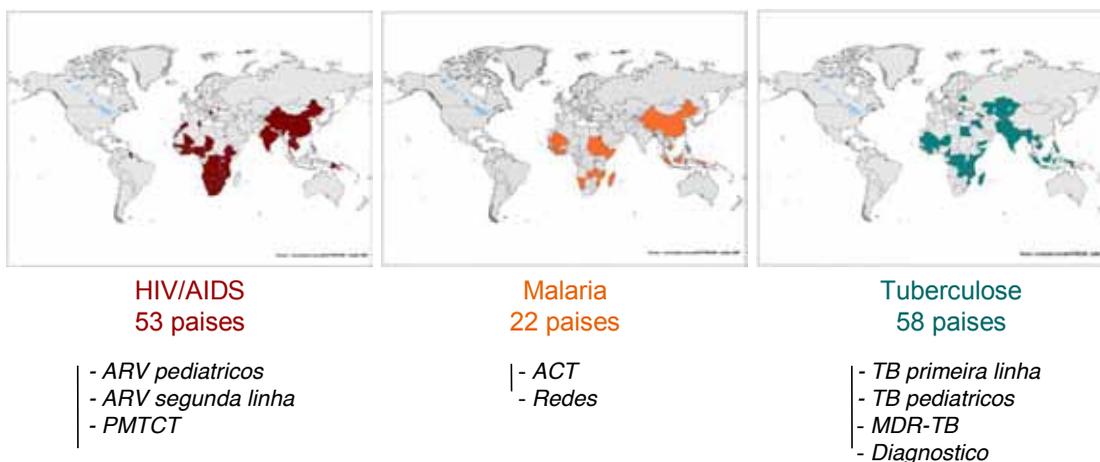
- Existência de nichos para itens ainda não cobertos, como medicamentos pediátricos.
- Potencial para um valor adicional às iniciativas de desenvolvimento atuais.
- Garantia de recursos a longo prazo, motivando fabricantes.

- Melhoria da qualidade dos medicamentos, através da pré-qualificação de produtos, regulamentação, incentivos para o desenvolvimento de novas drogas, otimização dos sistemas de abastecimento e distribuição, etc.

Hoje, a UNITAID já conta com o apoio de 28 nações e da Fundação do Bill e da Melinda Gates. Os seguintes países contribuem com a organização, através de uma taxa: França, Chile, Cote d'Ivoire, Congo, Mali, Madagascar, Mauritius, Níger, Coreia do Sul e Noruega (taxa sobre o CO2 de aviões). Espanha e Reino Unido possuem uma contribuição permanente.

Os seguintes países estão caminhando em direção a mecanismos estáveis: Benin, Brasil, Burkina Faso, Camarões, Chipre, Gabão, Guinéa, Libéria, Mali, Marrocos, Namíbia, Central African Republic, Senegal, São Tomé & Príncipe e Togo. A África do Sul prevê contribuições no orçamento.

Mais de 92 países recebem o apoio efetivo da UNITAID, como mostra o mapa a seguir:

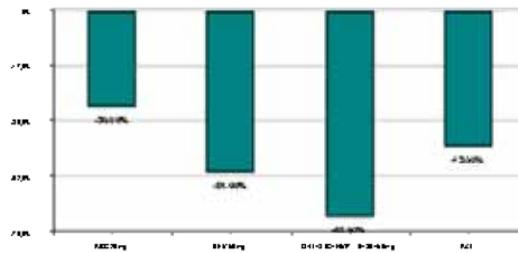
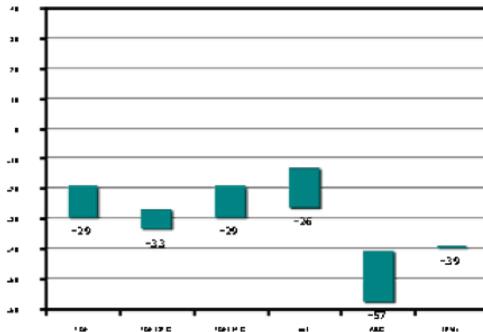


* Prevenindo a Transmissão de HIV de Mães para Filhos (PMTCT na sigla em inglês)

Em pouco tempo, a UNITAID foi capaz de alcançar muitos resultados concretos:

- Maior número de medicamentos pré-qualificados no mercado. A UNITAID apoia o Programa de Pré-qualificação da OMS, com o objetivo de acelerar o acesso a medicamentos de qualidade para as três doenças (20 novos produtos em 2007; 28 novos produtos em 2008. O foco atual da instituição são medicamentos para HIV/aids (pediátricos e segunda linha), TB (1ª linha e TB-MDR) e malária (ACTs)).
- Ágil abastecimento dos países.
- Controle de qualidade dos medicamentos adquiridos com fundos UNITAID e desenvolvimento de capacidade local (testes de laboratório e fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais).
- Redução do preço dos medicamentos, como se pode observar no gráfico a seguir:

30 Novembro 2006
em ARV
Para crianças HIV positivas
(com a Fundação Clinton [CHAI])



8 Maio 2007
em ARV de
Segunda linha
(com a Fundação Clinton [CHAI])

- Medicamentos de utilização mais adaptável e conveniente. Com os recursos da organização, novos tratamentos foram colocados à disposição no mercado:
 - Dosagens bem adaptadas para o uso em crianças
 - Medicamentos a serem tomados como comprimidos (*fixed dose combination*). 1 comprimido substitui várias doses diárias
 - Produtos termoestáveis: sem necessidade de refrigeração
 - Produtos sem necessidade de diluir em água (problema do acesso à água potável em diversos países)

Em 2006, por exemplo, o tratamento pediátrico para aids consistia em 16 vidros de xarope ao mês – difíceis de armazenar – ao custo de US\$200 por paciente/ano. Graças à UNITAID e à parceria com a Iniciativa Clinton para o HIV/Aids (*Clinton HIV/Aids Initiative* – CHAI), seu preço foi reduzido a US\$60 ao ano por um produto mais adequado: tabletes de dose fixa combinada de alta qualidade em apenas um recipiente ao mês. Atualmente, esse produto é fornecido a 22 países.

Entre os desafios da organização para os próximos anos, destacam-se:

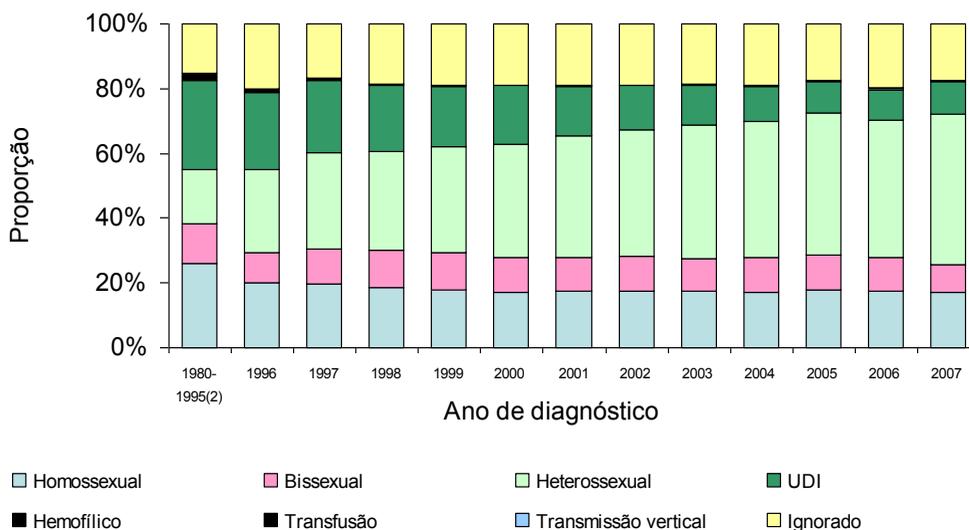
- Enfrentar o difícil contexto da crise financeira e econômica global
- Expandir a base de países que apoiam UNITAID
- Novas ações: “*pool* de patentes”, outros mecanismos de contribuição

Mariângela Simão, do Programa Nacional de DST/Aids, e **Draurio Barreira**, do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, realizaram a última exposição do Painel. Eles falaram sobre a coinfeção do HIV/TB, a resposta nacional ao problema e a integração dessas agendas.

Eles mostraram alguns números sobre o HIV/Aids no Brasil, entre 1980 e 2007 (BRASIL, 2010):

- Casos acumulados: 474.273 – cerca de 32.000 novos casos/ano
- Estimativa de infectados (2006): 630.000
- Prevalência (2006): 0,61% (população de 15 a 49 anos)
- Taxa de incidência (2005): 19,5 por 100.000 habitantes (dados preliminares)
- Número acumulado de óbitos (1980 – 2006): 192.709 – 11.000 por ano
- Coeficiente de mortalidade (2005) *: 6,0 por 100.000 habitantes

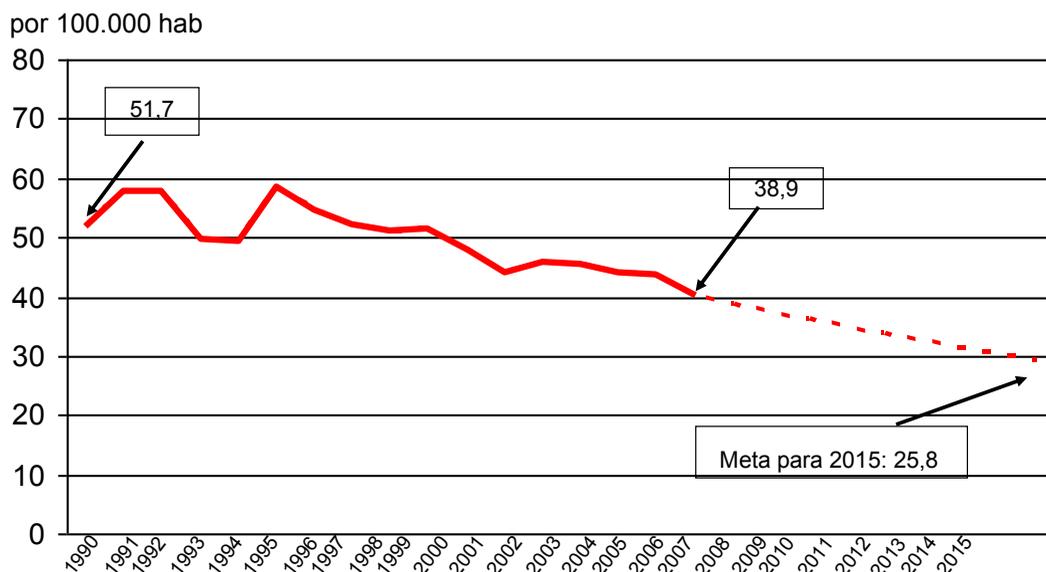
O gráfico a seguir mostra a proporção de casos de aids em homens com 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição, no Brasil, entre 1980 e 2007 (BRASIL, 2010):



Foram apresentadas as seguintes informações gerais sobre a tuberculose no país (2008):

- 1/3 da população infectada.
- 16º em número de casos (72.635 em 2006).
- 108º em incidência (38,9 por 100 mil habitantes).
- 70% em 315 dos 5.565 municípios.
- 4.582 mortes em 2006 (2,45 por 100 mil habitantes).
- 1ª causa de mortes em pacientes com aids.
- 4ª causa de mortes por doença infecciosa.

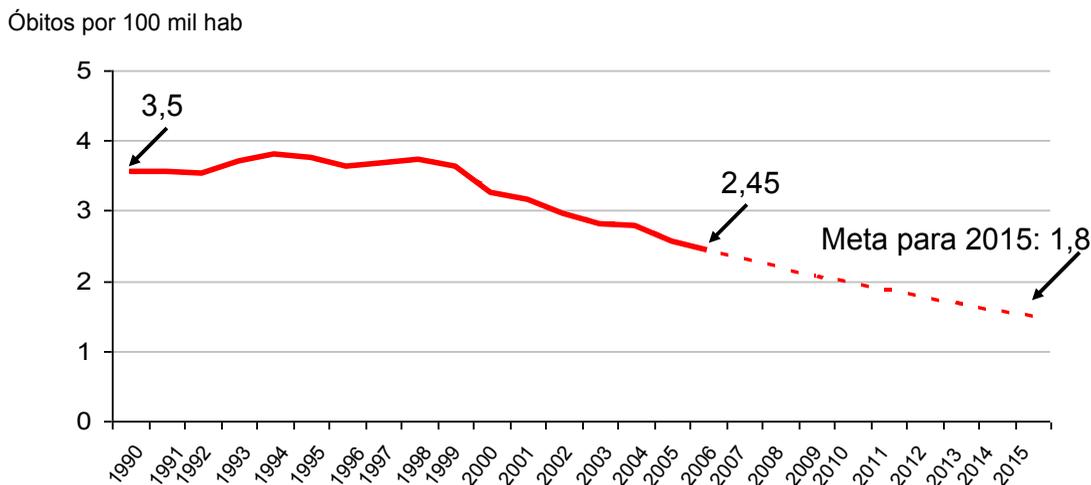
A taxa de incidência da TB no Brasil tem diminuído, como mostra o gráfico a seguir (1990 – 2015*):



* estimativa

Fonte: (MS / SVS / Sinan e IBGE)

A taxa de mortalidade por TB também caiu no mesmo período (1990 – 2015*):



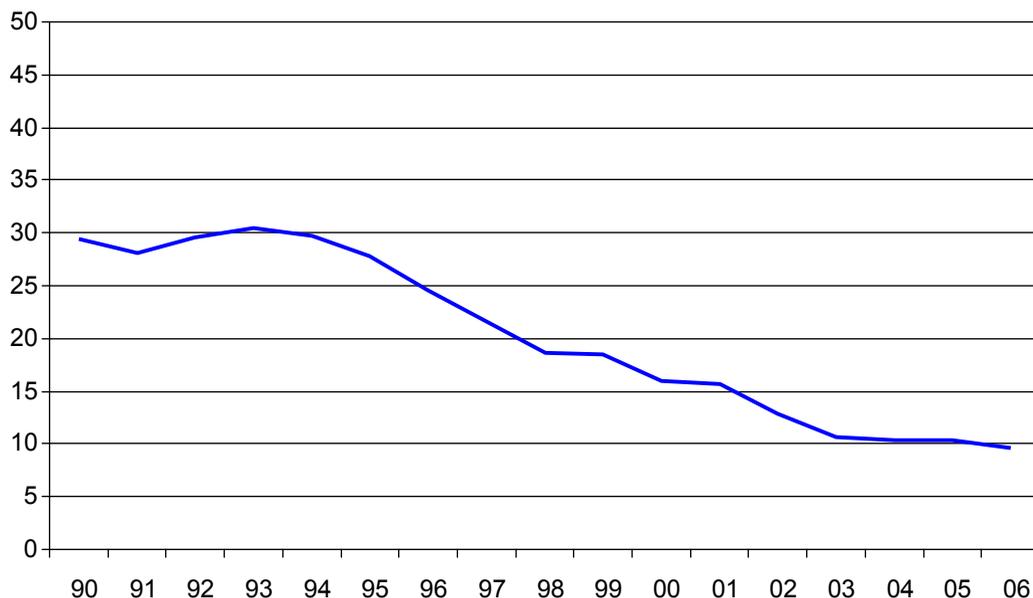
* estimativa

Fonte: (MS / SVS / SIM e IBGE)

A seguir, apresentam-se alguns dados sobre a coinfeção da aids/TB no Brasil:

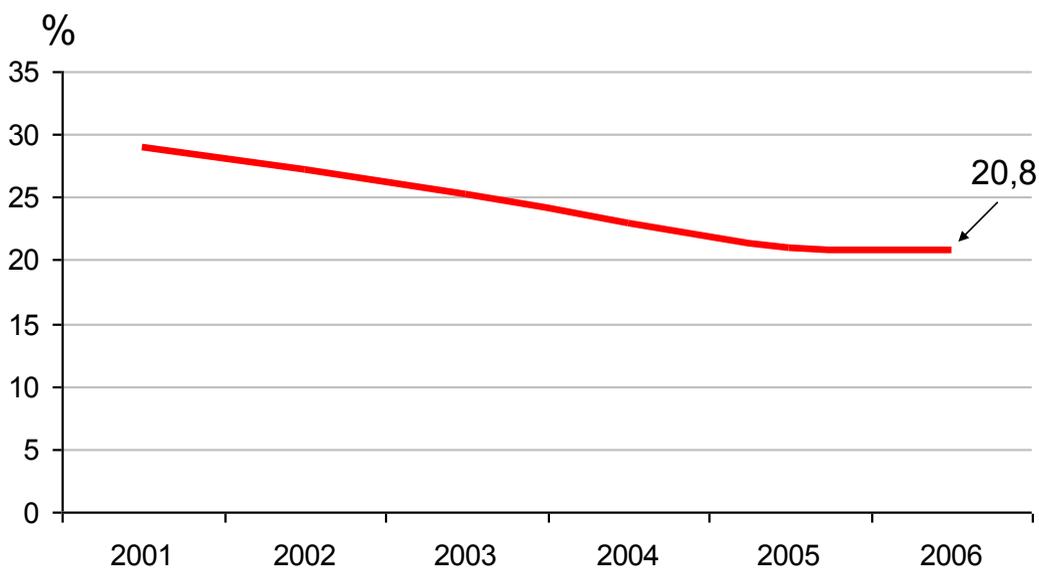
- 80.000 casos de TB e 32.000 casos de aids por ano.
- Cerca de 185.000 pessoas em TARV.
- Cobertura de testagem HIV em pacientes com TB: 53% (2006).
- Prevalência do HIV em pacientes com TB: 20%.
- Taxa de óbito na coinfeção: 20% (2004).

O gráfico abaixo mostra o percentual de casos de aids notificados com TB, no Brasil, entre 1990 e 2006:



Fonte: (Sinan e PN-DST/Aids)

O próximo gráfico mostra o percentual de casos de TB notificados com HIV*, no Brasil, entre 2001 e 2006:



* exames realizados com resultado

Após essa primeira etapa da exposição, Simão e Barreira abordaram os desafios surgidos da consolidação da resposta nacional ao problema:

- Toxicidade dos medicamentos antirretrovirais (ARV): efeitos metabólicos e anatômicos.

- Convívio ao longo do tempo com comorbidades: neoplasias, diabetes, hepatopatia crônica, coinfeções HIV/HBV¹², HIV/HCV¹³ e HIV/TB.
- Perfil crônico-degenerativo da doença.
- Interação do antibiótico rifampicina (utilizado no tratamento da TB) com os ARV.

Os elementos-chave para a resposta à TB/HIV são:

- Articulação entre os programas de aids e TB.
- Acesso ao diagnóstico do HIV em pacientes com TB.
- Profilaxia da TB em pessoas infectadas pelo HIV.
- Tratamento da coinfeção.

O próximo gráfico mostra o impacto da terapia antirretroviral (TARV) e da quimioprolaxia (QP) no desenvolvimento da TB (GOLUB, 2007):

	Ajustado RH (95%CI)	P-value
Naïve	1	
Só HAART	0.41 (0.31-0.54)	< 0.001
Só QP	0.57 (0.18-1.82)	0.34
HAART e QP	0.24 (0.11-0.53)	< 0.001
TB Prévia	1.19 (0.88-1.60)	0.25
CD4 < 200	1	< 0.001
200–349	0.34 (0.25-0.45)	< 0.001
350–499	0.19 (0.13-0.27)	< 0.001
≥ 500	0.10 (0.07-0.15)	< 0.001
Idade < 30	1	0.88
30-39	0.98 (0.73-1.31)	0.03
40-49	0.69 (0.49-0.97)	< 0.01
≥ 50	0.53 (0.33-0.83)	

Redução de 59%
no risco de TB

Redução de
76% no risco de TB

HAART: *Highly active antiretroviral therapy*

A articulação entre os programas vem ocorrendo através das seguintes ações:

- Realização de reuniões macrorregionais conjuntas entre os programas e a atenção básica.
- Participação do PN-DST/Aids no Comitê Técnico Assessor da TB.
- Participação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) no Consenso de ARV do PN-DST/Aids.
- Participação do PN-DST/Aids na Parceria Brasileira contra a TB (*Stop TB Brasil*).
- Criação de uma rede de monitoramento e avaliação para acompanhar as ações do projeto da TB apoiado pelo Fundo Global.
- Articulação entre os programas de aids, TB e malária no Mecanismo de Coordenação País (MCP) do Fundo Global.

¹² Vírus da Hepatite B.

¹³ Vírus da Hepatite C.

Os especialistas sugeriram as seguintes recomendações:

- Realizar o diagnóstico precoce – ampliar o PPD¹⁴ nos serviços de aids, monitorar e implantar o teste rápido para pacientes com TB, ampliar a dispensação da isoniazida nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM).
- Capacitar e organizar os serviços.
- Desenvolver protocolos para abordagem clínica das coinfeções.
- Utilizar estratégia Dots (para o tratamento de TB) para os coinfectados.
- Integração das vigilâncias com relacionamento dos bancos de dados, buscando definir a coinfeção ao longo do tempo.
- Linhas de pesquisa e estudo das histórias naturais das doenças.

As conclusões da apresentação foram as seguintes:

- Benefícios evidentes com diagnóstico precoce do HIV em portadores de TB – ampliar acesso ao teste rápido.
- QP + TARV reduz significativamente a incidência de TB e a mortalidade em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) – implantar PPD e ampliar QP
- Alta taxa de óbito e abandono, menor cura – expandir Dots na coinfeção HIV/TB.
- Fortalecer a rede de atenção às coinfeções: atenção básica e integração entre os programas.
- Controlar as coinfeções é uma forma de reduzir as iniquidades na saúde.

6.3 Plenárias

6.3.1 Primeira Plenária

Coordenação: José Telles, coordenador da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde do Brasil e presidente do Conselho Nacional da Pessoa Idosa do Brasil.

Participantes da mesa: Luis Codina, da OPAS/OMS, e Igor Pardo, representante do governo da Bolívia.

Síntese das intervenções:

Ana Rosa M. Soares, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentou um “Panorama Global dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2008”.

Após apresentar os oito objetivos do milênio, a oficial do PNUD fez a projeção dos ODM ao atingir 2015: 500 milhões de pessoas sairiam da extrema pobreza, 300 milhões de pessoas não passariam fome, 650 milhões de pessoas teriam acesso a saneamento básico e 30 milhões de crianças deixariam de morrer antes de completarem 5 anos.

Ela também ressaltou que o cumprimento dos ODM constitui, sobretudo, uma questão de comprometimento político.

¹⁴Teste **que** informa o contágio com o bacilo da tuberculose.

Soares apresentou alguns dos desafios atuais:

- 1 bilhão de pessoas na extrema pobreza e em crescente desigualdade de renda.
- 100 milhões de pessoas a mais na pobreza devido ao aumento no preço dos alimentos.
- 75 milhões fora da escola; baixa qualidade de ensino e alta evasão escolar.
- 190 mil crianças abaixo de 5 anos e 10 mil mulheres morrendo durante a gravidez ou parto a cada semana.
- 33 milhões de pessoas infectadas com o HIV; 2 milhões morrendo de aids e um milhão por malária a cada ano.
- Metade da população do mundo em desenvolvimento não tem saneamento básico, um bilhão não têm acesso à água potável e 1/3 não tem acesso à energia moderna.
- O desmatamento continua um problema sério, assim como a perda de ecossistemas e da biodiversidade.
- Globalmente as emissões de gases (efeito estufa) aumentaram 30% de 2000 a 2005.
- Recursos financeiros para o desenvolvimento estão diminuindo.

A representante do PNUD também lembrou os participantes dos avanços conquistados pelo mundo nos últimos anos:

- 278 milhões de pessoas a menos na pobreza.
- 40 milhões de crianças a mais na escola.
- 60% de queda na disparidade de gênero na escola.
- A proporção de mulheres na política aumentou.
- 3 milhões de crianças a mais sobrevivendo a cada ano.
- 2 milhões de vidas sendo salvas a cada ano pela vacinação.
- 80% das crianças em países em desenvolvimento recebem vacinas contra o sarampo.
- 2 milhões de pessoas a mais recebem tratamento de aids. O óbito por aids caiu de 2.2 milhões em 2005 para 2 milhões em 2007.
- Aumento na produção de redes com inseticida para prevenir a malária, de 30 milhões em 2004 para 95 milhões em 2007.
- Queda na utilização de substâncias que prejudicam a camada de ozônio.
- Aumento da proporção de áreas ambientais protegidas.
- 1.6 bilhões a mais de pessoas com acesso a água potável.
- Crescente acesso a informação e tecnologias de comunicação móveis.

Na última etapa da exposição, Soares abordou alguns dos novos compromissos assumidos pelos países:

- Segurança alimentar, compra de colheitas excedentes e educação.
- Plano de ação contra a malária.
- Fundo Global de Combate a aids, tuberculose e malária.
- Combate à mortalidade infantil e saúde materna.
- Campanha global de treinamento para trabalhadores do setor Saúde e atendentes de parto.
- Planos nacionais de saúde em oito dos países mais pobres do mundo; combate das doenças tropicais menos atendidas.

- Acesso à água e saneamento para 30 milhões de pessoas até 2015.
- Intensificação de esforços para diminuir perdas florestais e mudanças climáticas.

Ao final de sua apresentação, a oficial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento demonstrou o sítio das ODM, seu conteúdo e funcionamento e um painel de acompanhamento, por metas, relativas a cada ODM

João Aprígio abordou a “Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano”. Ele iniciou a apresentação divulgando as principais ações da Política Nacional de Aleitamento Materno, quais sejam: atenção básica, atenção hospitalar, **Bancos de Leite**, proteção à amamentação, divulgação, campanhas e monitoramento.

Foi explicado que a Política Nacional de Aleitamento Materno é uma parceria entre a Fiocruz e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil, que tem como missão promover a saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, unidades da federação, municípios, iniciativa privada e sociedade, bem como países e agências internacionais no âmbito de atuação dos Bancos de Leite Humanos.

Ele mostrou a trajetória dos Bancos de Leite e as políticas relacionadas, que começou com a criação do primeiro Banco de Leite no Brasil, em 1943, e vai até a criação do programa Ibero-americano de Bancos de Leite Humano, em 2007.

João Aprígio apresentou os objetivos da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, quais sejam:

- Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.
- Coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada.
- Somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
- Contribuir para a construção e consolidação da Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano.

Alem disso, abordou alguns princípios/estratégias da Rede:

- Compatibilizar elevado nível de rigor técnico com baixo custo operacional.
- Responder com qualidade as demandas específicas da área de saúde, racionalizando os gastos públicos.
- Transformar problemas operacionais em objetos de pesquisas, vinculadas a pós-graduação em nível de mestrado e doutorado.

Hoje, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humanos está presente em todos os estados brasileiros, com 195 Bancos de Leite Humano e 29 Postos de Coleta de Leite Humano. Em 2006, em todo o Brasil, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano contou com quase 104 mil doadoras e 145 mil receptores. Foram distribuídos 130 mil litros de leite.

Foi ressaltada também a importância da cooperação internacional para ampliar o intercâmbio do conhecimento e de tecnologia no campo do aleitamento materno e dos BLHs, como componentes estratégicos para atingir o ODM 4, e destacou o Programa de Cooperação na Região Ibero-americana.

Ele também enfatizou a importância do leite humano em países mais pobres para a sobrevivência e a saúde das crianças. “Nos países em desenvolvimento, seja pelo risco bioló-

gico associado à utilização de fórmulas ou pelo elevado custo dos produtos disponíveis no mercado, garantir o leite humano é garantir o alimento, a nutrição adequada e a diminuição da morbidade e mortalidade neonatal”, afirmou.

Aprígio finalizou sua apresentação lembrando que a universalização do acesso ao leite humano para recém-nascidos em risco se deve planejar estrategicamente, contemplando ações capazes de garantir a qualidade do produto ofertado, tanto respeito da sua inocuidade como à manutenção do seu valor biológico. “Também é importante analisar compreensivamente o modelo de atenção a saúde vigente em busca da definição de uma postura propositiva para superar suas inadequações frente às novas demandas sociais”, concluiu

Regina Barcellos, da Anvisa, apresentou o “Programa de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços de Atenção Materna e Neonatal (2005)”, que tem como objetivo prevenir e controlar riscos associados à atenção materna e neonatal em serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção e para a redução da mortalidade.

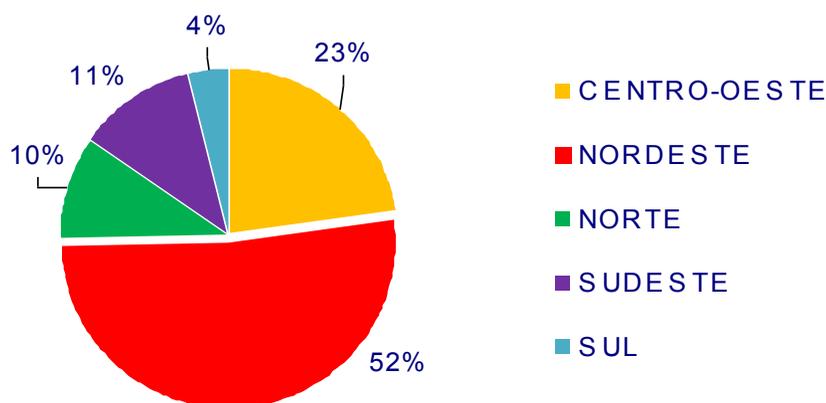
Ela abordou algumas das principais estratégias/ações do programa:

1. Priorização dos Serviços de Atenção Materna e Neonatal no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).
 2. Participação do grupo de revisão do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).
 3. Apoio aos estados na Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Atenção Materna e Neonatal.
 4. Publicação do Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano – RDC nº 171/2006.
 - Processo de coleta à distribuição
 - Rastreabilidade e controle de qualidade
1. Lançamento do Manual “Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos”.
 2. Inclusão do tema “Indicadores para Avaliação de Serviços de Atenção Materna e Neonatal” no Termo de Cooperação 37 da OPAS/OMS para a Criação da Rede de Núcleos de Informação em Vigilância Sanitária (pesquisa Fiocruz/Aggeu Magalhães).
 3. Realização do seminário “O Uso de Indicadores na Avaliação de Serviços de Atenção Materna e Neonatal”, na OPAS/OMS, com participação de pesquisadores e sociedades científicas, em julho/2007.
 4. Inclusão da atenção materna e neonatal na Pauta do Mercosul com a aprovação das “Diretrizes para Funcionamento de Serviços de Maternidade” e do “Regulamento para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatal e Adulto”, em outubro/2007.
 5. Publicação do Regulamento Técnico para funcionamento de Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal – RDC nº 36/2008.
 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor
 - Prazo de 180 dias para adequações dos processos de trabalho
 6. Publicação de Instrução Normativa (IN) estabelecendo os indicadores para Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal – IN nº 2/2008.
 7. Definição e publicação eletrônica dos Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Neonatologia – outubro/2008.

8. Proposta de Regulamento Técnico sobre Funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (Pediátrica, Neonatal e Adulto): Consulta Pública nº 21/2006 – em harmonização com a SAS/MS.

A principal meta do Programa de Prevenção e Controle de Riscos em Serviços de Atenção Materna e Neonatal na Programação Plurianual (PPA) 2008 – 2011 do governo brasileiro é melhorar a qualidade de 50% dos hospitais com atenção ao parto e nascimento que obtiveram avaliação insuficiente na aplicação do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS.

Foram avaliados 3.943 hospitais e maternidades, dos quais 563 obtiveram desempenho inferior a 34,8 (grupo 5). Destes estabelecimentos, mais de 50% está localizado na Região Nordeste do país, conforme mostra o gráfico a seguir:



Foram definidos os seguintes padrões de conformidade referentes ao critério de atenção materno-infantil para os hospitais com desempenho < 34,8:

Padrões imprescindíveis:

- Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto (46%).
- Todos os partos são realizados em local com infraestrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do recém-nascido (34%).

Padrões necessários:

- O estabelecimento utiliza o Partograma para o acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto (13%).
- A unidade adota regime de internação de alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno (51%).

Padrões recomendáveis:

- As salas de pré-parto são individualizadas, garantindo a privacidade da parturiente e de seu acompanhante (14%).
- A unidade realiza ações educativas para a parturiente e os familiares em relação ao autocuidado, cuidados ao recém-nascido, importância de consulta puerperal e planejamento familiar (16%).

O objetivo do programa é alcançar 10% da meta em 2008 (28 hospitais); 30% em 2009 (84 hospitais); 60% em 2010 (169 hospitais); e 100% em 2011 (282 hospitais).

Francisco Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, ressaltou a importância e a responsabilidade da participação social no Sistema Único de Saúde, o que se convencionou chamar de Controle Social do SUS.

Nos últimos 20 anos, na opinião do presidente do CNS, o SUS não conseguiu avançar na organização, estruturação e fortalecimento dos Conselhos de Saúde nas esferas municipal e estadual. Na esfera federal, o Conselho Nacional de Saúde, principalmente a partir de 2003, foi reestruturado e hoje cumpre seu papel de forma efetiva.

Uma das principais missões dos Conselhos é a participação na construção de políticas públicas de saúde que atendam o perfil e a realidade socioepidemiológica de cada cidade. Nesses conselhos estão representados todos os segmentos da sociedade envolvidos direta e indiretamente na saúde, incluindo os trabalhadores do setor e usuários. Com isso, eles têm a possibilidade de intervir de forma qualificada nas discussões e nos processos decisórios. No entanto, dos mais de 5.560 Conselhos Municipais de Saúde e dos 27 Conselhos Estaduais de Saúde existentes no país, estima-se que apenas entre 10% e 15% exerça de forma satisfatória sua função.

O Sistema Único de Saúde é uma referência para muitos países, mas ainda não garante à população tudo aquilo que está previsto na Constituição Federal Brasileira de 1988. Na opinião do presidente do Conselho Nacional de Saúde, a operação, de modo eficaz, dos Conselhos, poderia contribuir para alterar essa realidade.

A participação social é fundamental para melhorar o SUS, além de ser imprescindível para a consolidação de um Estado democrático, transparente e participativo de fato e de direito.

6.3.2. Segunda Plenária

Coordenação: Antônio Alves, secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde do Brasil.

Participantes da mesa: Juliana Ramos, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, e Andréa Couto, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil.

Síntese das intervenções:

Maria Rebeca Otero Gomez, da Unesco, promoveu uma reflexão sobre o papel da educação no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em sua visão, os ODM são importantes por três razões principais:

- Conquistam visibilidade internacional, regional e nacional para os temas
- Concentram esforços em áreas prioritárias
- Mobilizam recursos financeiros

Para a Unesco, a educação é um tema transversal a todos os ODM, pois ela é fundamental para fornecer às pessoas conhecimentos e habilidades para melhorar suas vidas.

Em 2000, a organização lançou o “Programa Educação para Todos”, cujos objetivos contribuem diretamente para o alcance dos Objetivos 2 e 3 dos ODM: alcançar o ensino básico universal e promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres. Os seis objetivos do Programa Educação para Todos são:

- Ampliar e aperfeiçoar os cuidados e a educação para a primeira infância, especialmente no caso das crianças mais vulneráveis e em situação de carência.
- Assegurar que, até 2015, todas as crianças, particularmente as meninas, vivendo em circunstâncias difíceis e pertencentes a minorias étnicas, tenham acesso ao ensino primário gratuito, obrigatório e de boa qualidade.
- Assegurar que sejam atendidas as necessidades de aprendizado de todos os jovens e adultos através de acesso equitativo a programas apropriados de aprendizagem e de treinamento para a vida.
- Alcançar, até 2015, uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos, especialmente no que se refere às mulheres, bem como acesso equitativo à educação básica e contínua para todos os adultos.
- Eliminar, até 2005, as disparidades de gênero no ensino primário e secundário, alcançando, em 2015, igualdade de gêneros na educação, visando principalmente garantir que as meninas tenham acesso pleno e igualitário, bem como bom desempenho, no ensino primário de boa qualidade.
- Melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar a excelência de todos, de forma a que resultados de aprendizagem reconhecidos e mensuráveis sejam alcançados por todos, especialmente em alfabetização linguística e matemática e na capacitação essencial para a vida.

A Unesco possui três estratégias prioritárias na área da educação:

- Alfabetização para o empoderamento
- Formação de professores para a África Subsaariana
- Educaids – educação em HIV/Aids

Para ilustrar a importância da educação no cumprimento dos ODM e os desafios que restam nesse campo, a representante da Unesco apresentou, como exemplo, dados do Brasil (BRASIL, 2006):

Escolarização da população de 15 a 17 anos (Brasil, 2006)

Área Geográfica	% jovens na escola	% jovens no Ensino Médio
Brasil	82,0	46,9
NO	79,2	34,7
NE	79,6	33,0
SE	84,9	57,7
SU	80,7	54,8
CO	82,9	48,0
<small>Fonte: dados PNAD/IBGE processados pelo IPEA</small>		

Escolaridade da população de 15 a 17 anos por categoria (Brasil, 2006)

	% jovens na escola	% jovens no Ensino Médio
Mulheres	82,6	52,0
Homens	81,5	41,9
Branco	85,0	58,3
Negros	79,5	37,4
20%+ pobres	74,0	24,5
20% + ricos	94,9	77,2
<small>Fonte: dados PNAD/IBGE processados pelo IPEA</small>		

Taxa de analfabetismo segundo grupo etário – Brasil e Região Nordeste 1990 e 2006

	1999 (%)	2006 (%)
15 anos ou +	13,4	10,5
40 anos ou +	22,9	18,1
Nordeste	26,5	20,8
<small>Fonte: dados PNAD/IBGE processados pelo IPEA</small>		

Com relação ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4, Maria Rebeca Otero Gomez ressaltou os seguintes pontos:

- Crianças saudáveis e bem nutridas têm melhores resultados na educação
- Educação de boa qualidade promove a saúde e os direitos humanos
- Escolas saudáveis e com ambiente seguro reduzem riscos à saúde e a evasão escolar

Para reduzir a mortalidade materna, foram destacadas:

- A formação profissional, em especial a dos profissionais de saúde
- A promoção dos direitos sexuais e reprodutivos por meio da educação
- Educação para a promoção da saúde e a redução das vulnerabilidades

O combate ao HIV/aids, a malária e outras doenças exige uma abordagem multidisciplinar:

- Expansão das oportunidades educacionais e melhoria na qualidade da educação.
- Envolvimento da educação nas respostas à epidemia do HIV/aids nos países.

- Redução do impacto da epidemia no setor de educação (em especial países da África Subsaariana para o HIV/aids).
- Abordagem educacional direcionada à redução das vulnerabilidades.
- Promoção e proteção dos direitos humanos.
- Promoção da equidade de gênero.
- Promoção da redução do estigma e da discriminação referente ao HIV/aids, principalmente no ambiente escolar.
- Prevenção: baseada em informações científicas, apropriada culturalmente, e utilizando meios eficazes de informação e comunicação.

Ao final de sua apresentação, a representante da Unesco ressaltou a importância da intersetorialidade. O setor Saúde, o setor de educação e o setor de cultura devem trabalhar integradamente para alcançar as metas dos ODM, em particular nas áreas de:

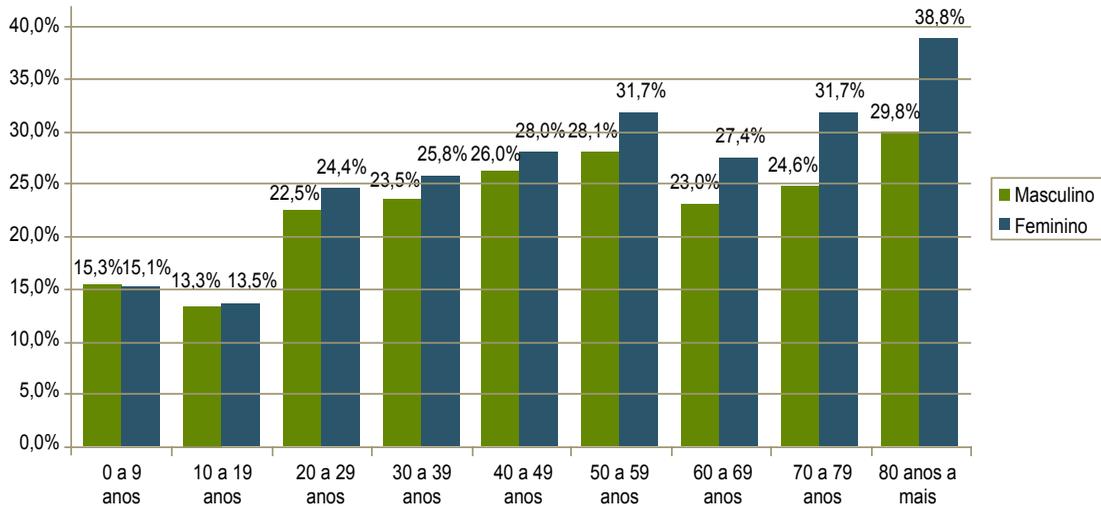
- Desenvolvimento sustentável
- Educação para a preservação do meio ambiente
- Promoção das ciências humanas e sociais
- Direitos humanos
- Cultura de paz e redução da violência

Alfredo Scaff, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), iniciou sua exposição abordando o papel da ANS, criada pela Lei nº 9.961, de janeiro de 2000: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde do país.

A ANS é vinculada ao Ministério da Saúde. A Agência regula 1.144 operadoras médico-hospitalares com um total de 51 milhões de beneficiários de Planos de Saúde. Hoje, praticamente 25% da população brasileira têm algum tipo de Plano de Saúde. Em 2007, esse setor movimentou R\$ 50 bilhões.

Os Planos de Saúde são distribuídos de forma irregular pelo país. O estado de São Paulo, por exemplo, tem mais de 40% de cobertura de planos de saúde, enquanto estados como Acre, Tocantins e Roraima têm menos de 2%. Essa disparidade também é observada entre municípios.

O gráfico a seguir mostra a taxa de cobertura dos Planos de Assistência Médica por sexo e faixa etária (Brasil, 2008):



A ANS possui linhas prioritárias de ação, em consonância com a agenda do Ministério da Saúde. Na área de saúde da mulher e da criança, a Agência vem discutindo, entre outros temas:

- Garantia da qualidade da assistência ao pré-natal
- Prevenção de complicações na gravidez, parto e puerpério
- Incentivo ao parto natural
- Incentivo ao aleitamento materno
- Estímulo às ações de atenção ao climatério
- Estímulo às ações de planejamento familiar
- Prevenção a detecção precoce do câncer de mama e de colo de útero: exame clínico das mamas e mamografia; colpocitologia e prevenção do HPV

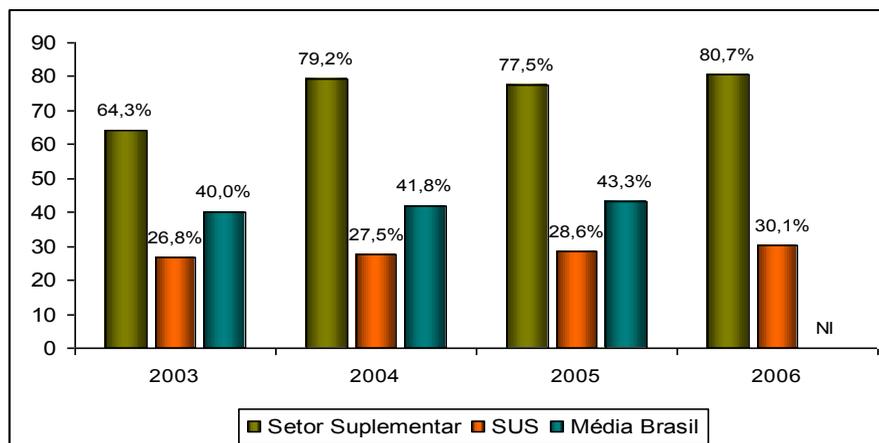
Essas áreas vêm sendo trabalhadas através de duas estratégias principais:

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar estabelece critérios para avaliar a qualidade dos serviços de atenção à saúde prestados pelas operadoras. São avaliadas quatro dimensões com pesos diferenciados na composição do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que varia de 0 a 1 (0 são as operadoras com um desempenho inadequado e 1 as empresas com desempenho adequado)

- 50% dimensão Atenção à Saúde
- 30% dimensão Econômico-Financeira
- 10% dimensão Estrutura e Operação
- 10% dimensão Satisfação do Beneficiário

O Programa possui diversos indicadores na área de saúde da mulher e da criança, como taxa de prematuridade, taxa de internação de crianças de 0 a 5 anos por causas selecionadas e taxa de internações por transtornos maternos infecciosos no puerpério. Na opinião de Scaff, um dos mais preocupantes é a taxa de cesarianas. Em 2006, a proporção de cesarianas realizadas no setor suplementar foi 80%, como se pode observar no gráfico abaixo:

Proporção de Cesarianas no setor Suplementar, SUS e Média Brasil



Fonte: (SIP/ANS e DATASUS/MS)

A ANS tem realizado, junto com o Ministério da Saúde do Brasil, ações de promoção e prevenção para reduzir o número de cesarianas realizadas, tais como:

- Seminários
- Publicações para orientar as operadoras a executar ações de promoção e prevenção, incluindo um Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar
- Encontro com operadoras para discutir a atenção à saúde
- Promoção de um Fórum no final de 2008 com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Febrasgo para discutir especificamente a questão do parto e do excesso de cesarianas que ocorrem no setor

Programa de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar. O Programa de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar incentiva as empresas de Planos de Saúde a fortalecer suas ações nas áreas de promoção e prevenção da saúde. Dados da ANS indicam que as operadoras que realizam programas de promoção e prevenção têm taxas de realização de exames de citologia e mamografia superiores às de empresas que não investem nessa área, como se pode observar no quadro a seguir:

Análise comparativa de indicadores entre as operadoras que apresentaram programas de promoção da saúde e prevenção de doenças e demais operadoras em 2005 e 2006

Indicadores	Nº Programas apresentados	Resultados das operadoras com Programas nas áreas		Resultados das demais operadoras do Setor	
		2005	2006	2005	2006
Taxa de Citologia	20	45,25	40,60	26,50	29,76
Taxa de Mamografia	19	27,80	27,27	11,39	19,14

Ao final da apresentação, Alfredo Scaff mostrou que a ANS possui uma tabela com os procedimentos mínimos que as operadoras deveriam oferecer a seus consumidores e beneficiários – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. No início de 2008, essa tabela foi estendida, e passou a incluir, entre outros procedimentos, vasectomia e laqueadura. Ao in-

cluir esses procedimentos na tabela, a Agência compromete as operadoras a pagar os prestadores por esses procedimentos.

Paulo Biaggi, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República do Brasil, ressaltou o objetivo da SEDH de garantir os direitos humanos das pessoas. Todos os temas analisados na SEDH são transversais, ou seja, estão relacionados a outros setores do governo e precisam ser tratados de forma intersetorial.

A apresentação de Paulo Biaggi focou no Programa Brasil Sem Homofobia, através do qual existe uma articulação com o segmento LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais e Travestis) da sociedade civil, e sua relação com o ODM 6.

Dados epidemiológicos mostram que esse grupo da população é mais vulnerável ao HIV/aids. Em 2004, quando o Programa foi criado, seu foco era a violência. Em 2007, o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva convocou uma conferência nacional com representantes do segmento LGBT para ouvir suas demandas. Esse encontro foi realizado em junho de 2008, com a presença do presidente Lula e do ministro da Saúde do Brasil.

Na visão da população LGBT, são necessários investimentos em prevenção, incluindo campanhas para pessoas sem acesso a educação ou o tipo de linguagem utilizado nos meios de comunicação de massa. Além disso, são fundamentais políticas públicas afirmativas que preparem as pessoas para enfrentar a questão da prevenção. A Conferência fortaleceu o Programa dentro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos e motivou o desenvolvimento de um Plano Nacional de Promoção da Cidadania LGBT.

Esse Plano foi construído por um Comitê Técnico interministerial que analisou e respondeu às demandas da sociedade civil. Para esse grupo técnico, a prevenção do HIV/aids na população LGBTTT demanda a implantação sistêmica de ações de promoção da dignidade do cidadão LGBTTT.

Nesse contexto, a prevenção passa por diversos setores do governo. Por exemplo, a temática deve ser abordada pelo Ministério do Trabalho e Renda, pelo Ministério da Previdência, pelo Ministério da Educação, pelo Ministério das Comunicações e pelo Ministério da Justiça, entre outros. Para Paulo Biaggi, a realidade das DST / HIV / aids só será combatida de modo eficaz através da parceria intersetorial.

A SEDH continua percorrendo o Brasil para discutir o Programa Brasil Sem Homofobia com a sociedade civil.

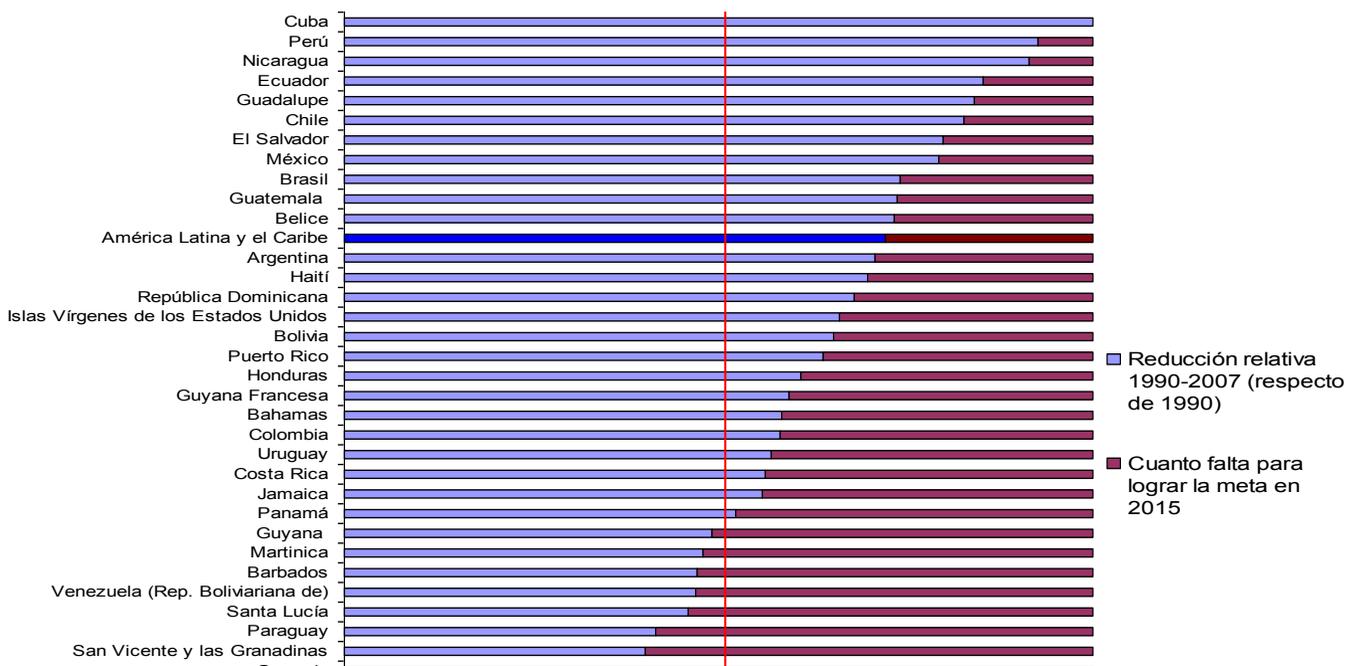
Elias Fernando, da Associação Médica Brasileira (AMB), afirmou que o papel da AMB é apoiar o Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais na promoção da saúde, em seu conceito mais amplo.

Ele chamou a atenção para a consonância das agendas da AMB, da Unesco e da ANS. Como o Fundo das **Nações Unidas** para a Educação, Ciência e Cultura, por exemplo, a Associação Médica Brasileira reconhece a importância da educação dos profissionais da saúde e trabalha pela educação continuada, a certificação, a recertificação e a ampliação das exigências de qualificação do setor médico para atuar junto à população.

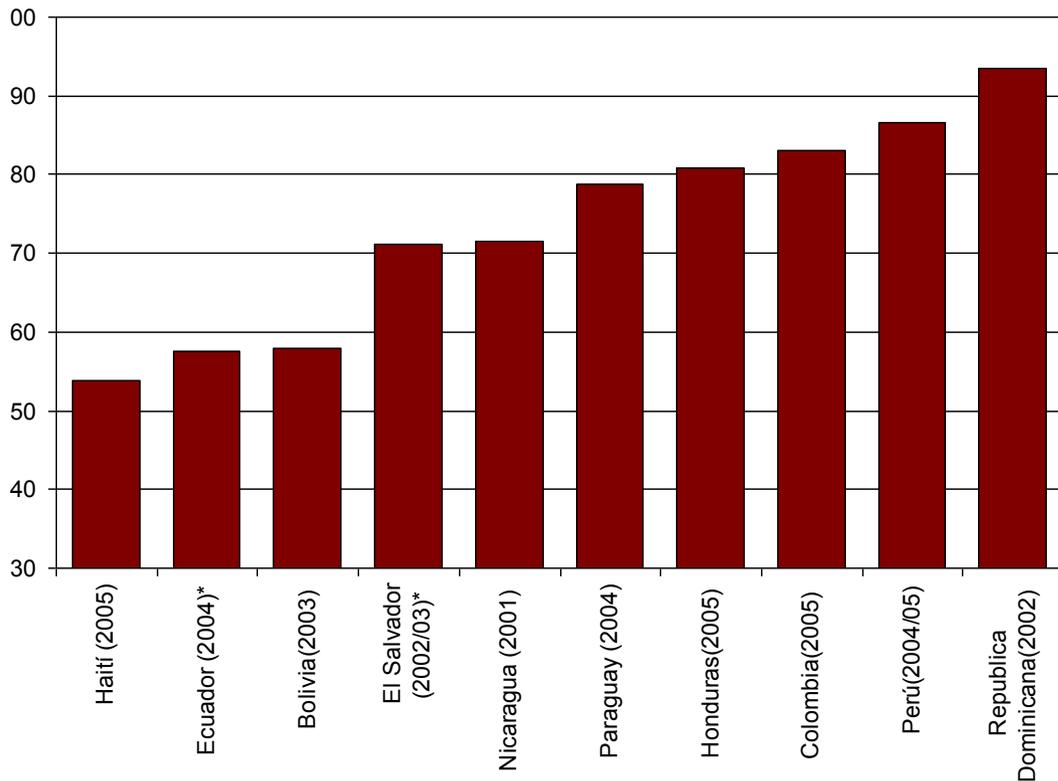
A AMB também promove a qualificação dos Planos de Saúde, exigindo que eles estimulem ações voltadas, entre outros, ao parto natural, à vacinação e à prevenção do câncer de mama e colo uterino. Elias Fernando chamou a atenção para eventuais desvios de mercado promovidos por Planos de Saúde para desestimular ou até mesmo impedir que mulheres, crianças e/ou a população em geral acessem o que é mandatório e/ou mandatário na promoção da saúde.

Ele felicitou a ANS pela incorporação de novos procedimentos na tabela da Agência, sempre buscando pautar as necessidades da população para conquistar seus direitos, seja no setor público ou no privado.

Carlos Mussi, da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe da Organização das Nações Unidas (Cepal), centrou sua intervenção no tema da desigualdade. Primeiramente, ele abordou a disparidade entre os países da região no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como mostra o gráfico a seguir (CEPAL, 2008)



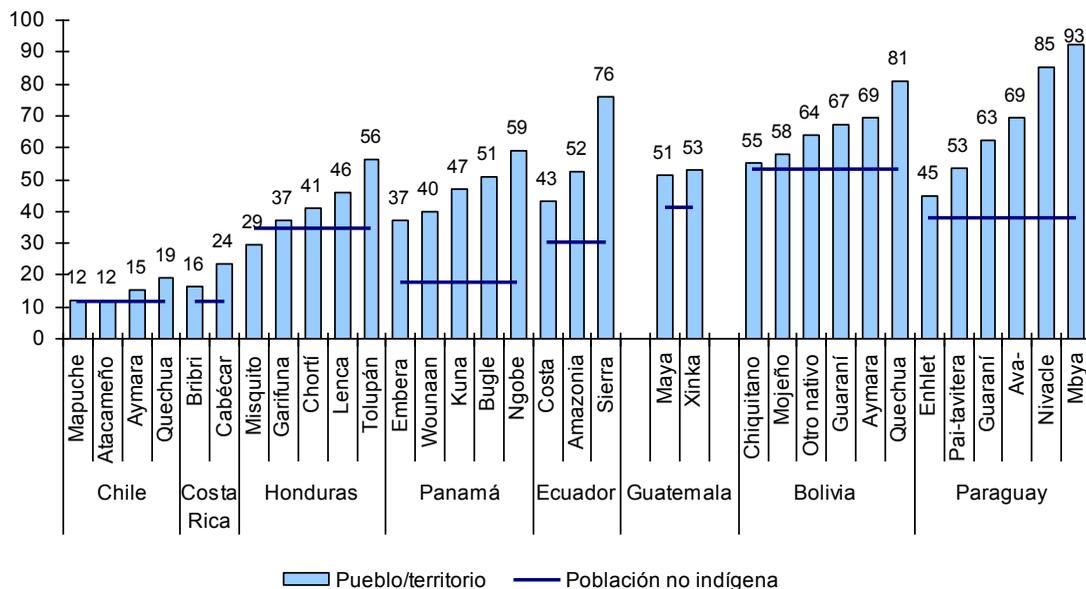
O acesso aos serviços de saúde também varia entre as nações. O gráfico a seguir mostra a porcentagem de mulheres que realizam, no mínimo, quatro exames pré-natais durante a gravidez (CEPAL, 2008):



Além disso, existem disparidades internas nos países. Por exemplo, os indicadores de saúde de populações consideradas vulneráveis socialmente, como as populações indígenas, tendem a ser mais baixos que as médias nacionais, como se pode observar no próximo gráfico (CEPAL, 2007):

Taxas de mortalidade infantil em diferentes grupos étnicos

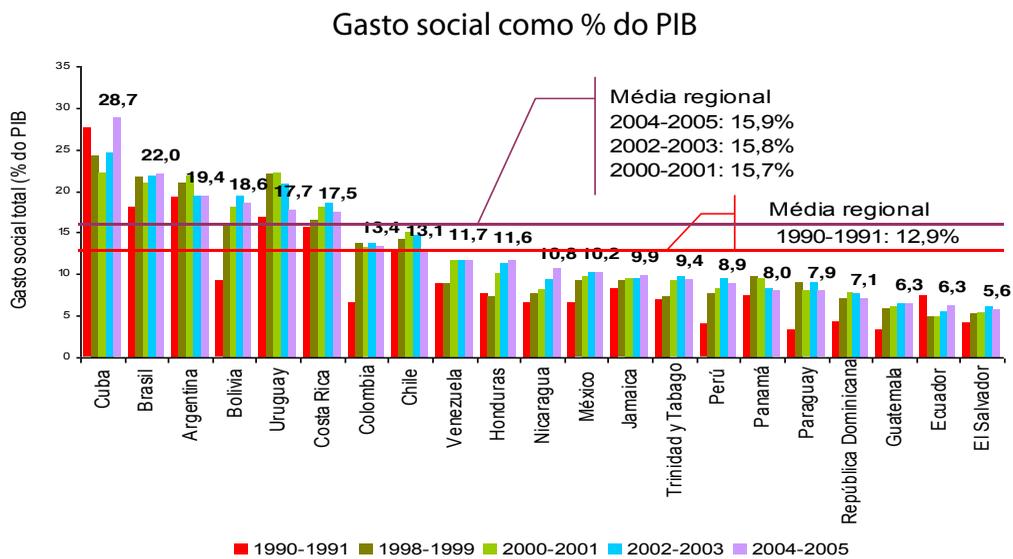
Por 1000 nascidos vivos



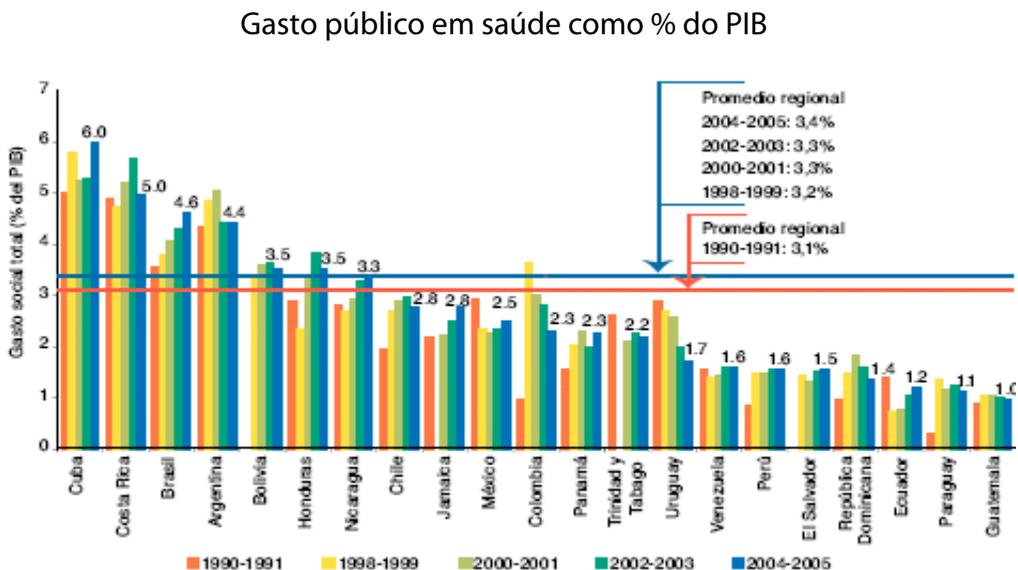
Carlos Mussi destacou que a renda das famílias determina o gasto privado em saúde. Em residências mais pobres onde a cobertura da saúde pública é baixa, os gastos privados em saúde representam uma porcentagem alta do orçamento familiar e constituem um fator de vulnerabilidade social.

Em geral, na América Latina, a maior parte dos gastos públicos sociais ocorre na área de seguridade ou previdência social, seguida pela assistência social, através dos programas de transferência de renda. A saúde não tem sido o ponto focal do gasto social na região, ainda que os programas de transferência de renda tenham um impacto sobre ela.

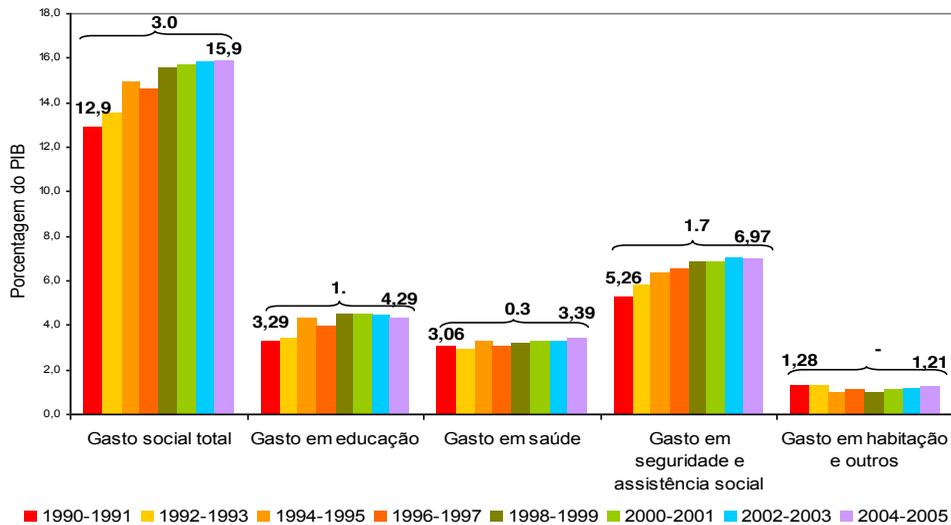
Os gráficos a seguir mostram o gasto social na região como porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB), o gasto em saúde como porcentagem do PIB e o gasto em saúde na América Latina entre 1990 e 2005:



Fonte: (CEPAL)

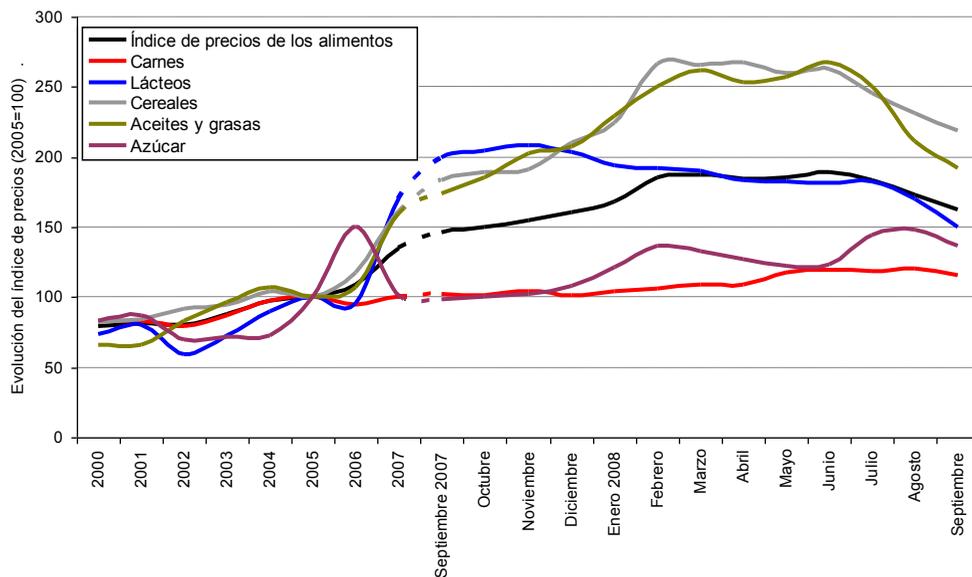


Gasto em saúde: aumento menor



Uma análise econométrica apresentada por Carlos Mussi mostrou que os níveis de desigualdade socioeconômica nos países estão relacionados com a alta concentração de desnutrição crônica infantil. Fatores geográficos, culturais e étnicos também têm um impacto sobre esses indicadores, junto com outras variáveis como renda familiar e grau de educação materna. Na visão do representante da Cepal, é preciso melhorar as condições de vida e o entorno socioeconômico das pessoas através de políticas públicas integrais e complementares a outros setores, desde o habitacional e o laboral até o macroeconômico e o de desenvolvimento produtivo.

Ele frisou que a alta no preço dos alimentos que ocorreu na maioria dos países terá um impacto negativo sobre a capacidade das nações de alcançar os ODM. O próximo gráfico mostra a evolução do índice de preços dos alimentos da Organização para a Agricultura e a Alimentação (FAO) das Nações Unidas em 2005 (FAO, 2010):



Carlos Mussi frisou a importância de aumentar os recursos financeiros para a área de saúde. Em países onde o acesso à saúde é universal, a população ainda gasta uma parte de sua renda para complementar/financiar o acesso à saúde, o que traz à tona a discussão acerca do financiamento do sistema. Como gastar de forma eficaz? Como financiar o sistema?

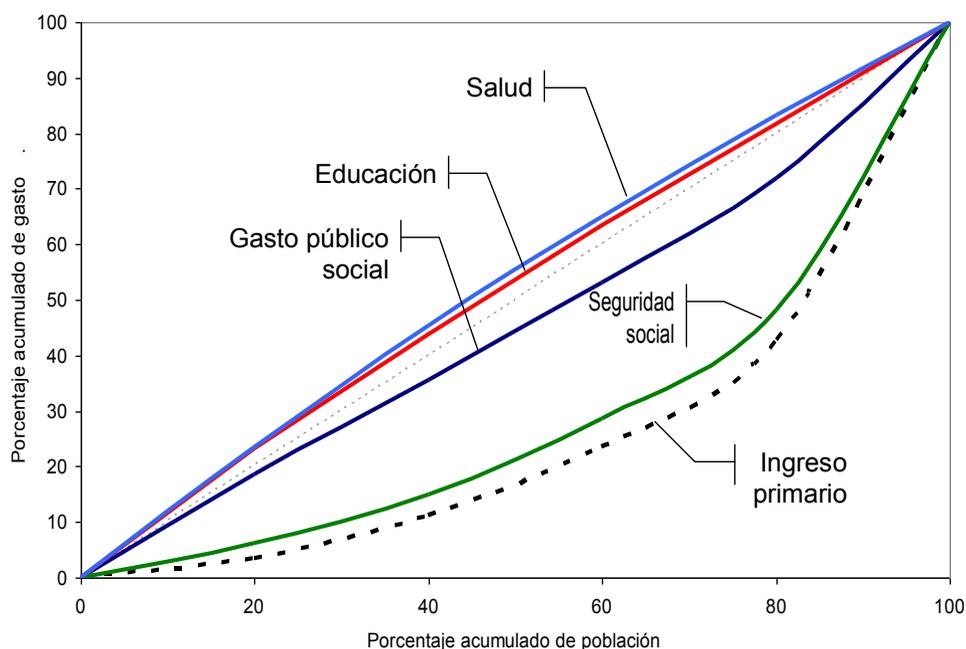
Quais as vantagens dos sistemas contributivos? Essas questões são importantes não apenas para alcançar as Metas do Milênio, mas para enfrentar períodos de crise como o atual.

Em sua visão, os sistemas de saúde da região deveriam:

- Superar a fragmentação dos subsistemas de saúde, que dificultam intervenções eficazes baseadas no uso eficiente de recursos.
- Focar a população dos países que não é filiada a sistemas contributivos e/ou sem capacidade de pagar por serviços de saúde, que dependem do setor público.

Os gastos em saúde têm um forte impacto redistributivo. Entre os gastos sociais, a saúde tem um desempenho melhor, principalmente no caso de ações preventivas, que são muito favoráveis às populações de baixa renda, como se pode observar no gráfico a seguir:

América Latina (18 países A.): Distribuição do gasto público social por quintiles de renda, 1997-2004



Entre os principais desafios enfrentados pelos sistemas de saúde da região para os países alcançarem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6, Carlos Mussi ressaltou:

- Aumentar o gasto social em saúde
- Universalizar a cobertura mediante a expansão dos sistemas de asseguramento e o fortalecimento da saúde pública
- No âmbito do asseguramento, é preciso avançar em direção à integração e à solidariedade entre distintas fontes de financiamento, para evitar a segmentação do acesso a prestações
- Rearticular a atenção básica em saúde, para garantir cobertura e acesso integral
- Priorizar ações relacionadas aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva
- Estabelecer sinergia entre os fatores determinantes da saúde mediante ações intersetoriais

6.3. Terceira Plenária

Coordenação: Mariângela Simão, Diretora do PN-DST/Aids.

Participante da mesa: Lena Peres, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde do Brasil e Diretora Adjunta do DAPES.

Síntese da intervenção:

Jarbas Barbosa, Coordenador da Área de Vigilância e Saúde e Prevenção e Controle de Doenças da OPAS/OMS, iniciou sua intervenção frisando que existe uma forte relação entre pobreza e doença: quanto mais pobres as pessoas, mais elas adoecem e mais pobres elas se tornam, em um círculo vicioso.

Ele realizou uma síntese do ODM 6 nas Américas, enfatizando os seguintes assuntos:

- Disparidades entre países. A prevalência do HIV/aids no Caribe é praticamente o dobro da América do Norte e da América Latina.
- Perfil epidemiológico. O perfil epidemiológico da epidemia é diferente em cada nação.
- Avaliação das ações de prevenção. Estudos recentes mostram que algumas das medidas de prevenção mais difundidas são as que menos contribuem para diminuir o avanço da epidemia.
- Ações de prevenção
 - Ações de prevenção em grupos populacionais onde a velocidade de transmissão do HIV/aids é alta, como usuários de drogas, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, precisam ser incrementadas dentro e fora das unidades de saúde. Em alguns países da América Latina, por exemplo, o número de profissionais do sexo que utilizam camisinha ainda é baixo.
 - Ações preventivas em escolas, como as realizadas no Brasil, são necessárias, mas não são suficientes. Ambos os trabalhos - prevenção da transmissão futura e prevenção em grupos populacionais específicos - são importantes.
- Acesso a medicamentos antirretrovirais. A proporção de pessoas que tem acesso a ARVs, nas Américas - entre 58% e 61% -, é superior a outras regiões do mundo, mas poderia aumentar ainda mais, sobretudo no Caribe.
- Médias nacionais e dados subnacionais. Nos países da América Latina, existe uma grande disparidade entre as médias nacionais de cumprimento do OMD 6 e os dados subnacionais. Em algumas áreas de países como Paraguai, Bolívia, Peru e Brasil, a incidência do HIV/aids chega a ser quatro vezes maior que a média nacional.

Entre os principais desafios para alcançar o ODM 6 nas Américas, Jarbas Barbosa frisou:

- Fortalecer os sistemas de informação. O expositor mostrou a importância desse componente aos participantes da Conferência ao comentar que o Fundo Global para Lutar contra a aids, a tuberculose e a malária abriu uma linha de financiamento em seus projetos de fortalecimento dos sistemas de saúde destinada aos sistemas de informação.
- Priorizar os locais onde a incidência de HIV/aids é maior, através da análise dos dados epidemiológicos. Os bolsões das periferias das grandes cidades, por exemplo, normalmente ficam "escondidos" nas médias das grandes cidades. Alcançar

as Metas dos ODM em todos os níveis - nacional, regional e municipal - é muito importante para evitar o aprofundamento das desigualdades.

- Levar em consideração a sustentabilidade dos atuais programas após 2015 e as metas dos “novos desafios do milênio”, como doenças não transmissíveis, cujos fatores de risco crescem cada vez mais entre a população de baixa renda

6.4 Grupos de Trabalho

Esse relatório foi preparado em um instrumento padronizado elaborado pela coordenação do evento.

Antes das apresentações, foram distribuídos aos grupos os seguintes parâmetros temáticos, como insumos para o diálogo:

ODM 4 - Reduzir a mortalidade na infância

- **Indicações de experiências exitosas.** Descrição analítica de ações e estratégias de atenção integral à saúde da criança com evidências de impacto sobre os indicadores de mortalidade na infância. Apresentação de medidas técnicas e políticas que impactaram positivamente a mortalidade em crianças menores de 5 anos. Estratégias de monitoramento dos indicadores e planejamento para o cumprimento do ODM 4.
- **Sistemas de Informação em Saúde e estratégias normativas para qualificação do monitoramento e cumprimento do ODM 4.** Descrição analítica de estratégias metodológicas de levantamento de dados e geração de informações para subsidiar o monitoramento e a avaliação de ações em saúde, fundamentando o planejamento de estratégias de atenção à saúde.
- **Sistemas de atenção à saúde.** Descrição analítica de estratégias de atenção à saúde da criança. Aleitamento materno. Nutrição materna e má nutrição infantil (calórica e de micronutrientes). Imunização. Imunização materna contra tétano. Pré-natal e assistência ao parto (demanda e oferta de serviços institucionais e não institucionais, como parteiras). Triagem neonatal. Saneamento e acesso à água (quantidade e qualidade). Promoção de hábitos higiênicos. Desenvolvimento saudável da criança (habilidades físicas, cognitivas, motoras, psíquicas, comportamento social, meio ambiente propício ao desenvolvimento, estimulação (por parte de quem cria a criança, etc.)). Transmissão vertical do HIV/aids. Malária (acesso a e sensibilização para o uso de mosquiteiros).

Consideração de determinantes sociais da mortalidade na infância: crianças de áreas rurais e urbanas. Nível de educação das mães. Acesso de mães ao mercado formal de trabalho.

Oferta de serviços de saúde: treinamento de profissionais da área de saúde (correto diagnóstico e tratamento de crianças). Acesso a serviços de saúde.

ODM 5 - Melhorar a saúde materna

- **Indicações de experiências exitosas.** Descrição analítica de ações e estratégias de atenção à saúde com evidências de impacto sobre os indicadores de mortalidade materna e na qualificação da assistência à saúde da mulher. Descrição de medidas técnicas e políticas que impactaram positivamente a saúde materna. Estratégias de monitoramento dos indicadores e planejamento estratégico para o cumprimento do ODM 5.
- **Sistemas de Informação em Saúde e estratégias normativas para qualificação do monitoramento e cumprimento do ODM 5.** Descrição analítica de estratégias metodológicas de levantamento de dados e geração de informações para subsidiar o monitoramento e a avaliação de ações em saúde, fundamentando o planejamento de estratégias de atenção à saúde.
- **Sistemas de atenção à saúde e desafios na saúde materna.** Descrição analítica de estratégias de atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto, puerpério e nas urgências e emergências obstétricas. Consideração de outros agravos associados à mortalidade materna, bem como a indicação de vulnerabilidades que possam comprometer o acesso ao serviço de saúde, assim como condicionar negativamente a qualidade da atenção à saúde da mulher (violência, encarceramento, condição socioeconômica e étnico-racial, cultural, de local de moradia, abortamento inseguro, etc.).
- **Direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Descrição analítica de medidas políticas para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo a distribuição de insumos e estratégias de educação e informação em saúde sexual e saúde reprodutiva, e considerando a situação de adolescentes e jovens.

ODM 6 - Enfrentamento do HIV/aids, malária e outras doenças

- **Indicações de experiências exitosas.** Descrição analítica de ações e estratégias de atenção à saúde com evidências de impacto sobre os indicadores de prevalência de HIV/aids, malária, tuberculose, entre outras doenças. Apresentação de medidas técnicas e políticas que impactaram positivamente a prevenção e tratamento de HIV/aids, malária, tuberculose e outras endemias, como a aceleração do acesso a medicamentos, etc.
- **Sistemas de Informação em Saúde e estratégias normativas para qualificação do monitoramento e cumprimento do ODM 5.** Descrição analítica de estratégias metodológicas de levantamento de dados e geração de informações para subsidiar o monitoramento e a avaliação de ações em saúde, fundamentando o planejamento de estratégias de vigilância e atenção à saúde.

- **Sistemas de atenção à saúde.** Descrição analítica de estratégias de vigilância em saúde e de recuperação de agravos decorrentes do HIV/aids, malária e tuberculose, entre outras doenças. Medidas necessárias para a produção e distribuição de insumos estratégicos, primando pela universalidade do acesso e pela integralidade no cuidado por meio de redes de atenção, envolvendo todos os níveis dos sistemas de saúde, com ênfase na atenção primária.
- **Direitos sexuais e direitos reprodutivos.** Descrição analítica de medidas políticas para a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, incluindo a distribuição de insumos e estratégias de educação e informação em saúde sexual e saúde reprodutiva. Consideração da universalização das ações de atenção à saúde sexual, reconhecendo grupos sociais vulneráveis (pessoa com deficiência, pessoa idosa, adolescentes, orientações sexuais não heterossexuais e identidades de gênero não hegemônicas).

6.4.1 Primeira reunião dos Grupos de Trabalho

Grupo de Trabalho 1

Eixo: Parceria Estado e Sociedade Civil

Coordenador: Elsa Regina Justo Giugliani, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Maria de Lourdes Magalhães, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Maria Aparecida Zago Udenal, Federação das Indústrias do Paraná / Movimento Nós Podemos Paraná, "Ações do Movimento Nós Podemos Paraná para alcançar o ODM 5: Rede de Saúde da GestantGisela da Costa Mascarenhas, Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, "Estratégias do Governo Brasileiro: Mais Saúde e Pacto pela Saúde".
2. Luis Codina, OPAS/OMS, "Avanços no Alcance das Metas do Milênio 4 e 5 na Região das Américas".
3. Cristiano Rosa, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), "Ações da Febrasgo, em parceria com o Ministério da Saúde, para melhorar a saúde materna".

Grupo de Trabalho 2

Eixo: O Papel da Atenção Primária

Coordenador: Tânia Walzberg, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Washington Luiz Rossi Lacerda, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Elizabeth Wartchow, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil, "O papel da ESF no alcance dos ODM".

2. Fernanda Lopes, UNFPA, "Atenção Primária e consecução do ODM 5".
3. Yasmin Williams Robinson, Ministério da Saúde de Bahamas, "Panorama dos ODM nas Bahamas".

Grupo de Trabalho 3

Eixo: A Saúde Materna

Coordenador: Maria Thereza Gonçalves de Freitas, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Daphne Rattner, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Júlia Noemi Mancuello Alum, Ministério da Saúde do Paraguai, "Panorama dos ODM no Paraguai".
2. Elizabeth Saar, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) da República do Brasil, "Visão da SEPM sobre Mortalidade Materna".
3. Carmen Carneiro, Rede Feminista de Saúde, "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos".
4. Clair Castilhos, Rede Feminista de Saúde, "Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos".

Grupo de Trabalho 4

Eixo: Estratégias de Sensibilização dos Usuários dos Serviços de Saúde

Coordenador: Cristine Ferreira, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Denis Ribeiro e Ana Luisa Nepomuceno, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Valdir Monteiro Pinto, PN-DST/Aids/Brasil, "Estratégias para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis".
2. Vânia Santana Leal, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, Brasil, "Panorama da Tuberculose no Estado do Piauí".
3. Arnaldo Marcolino, Movimento Popular do Estado de São Paulo, Brasil, "Afastamento do Modelo da Atenção Básica".
4. Antonio Gonçalves, Ministério da Saúde de Cuba, "Panorama da Tuberculose em Cuba".

Grupo de Trabalho 5

Eixo: Atenção à Saúde das Populações Vulneráveis

Coordenador: André Luis Bonifácio de Carvalho, Ministério da Saúde do Brasil Relator: Iandara de Moura Silva, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Ana Maria Costa, Secretária de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde do Brasil, "Atenção à Saúde das Populações Vulneráveis"
2. Lúcia Xavier, Grupo Criola, Brasil
3. José Molina, OPAS/OMS

6.4.2 Segunda Reunião dos Grupos de Trabalho

Grupo de Trabalho 1

Eixo: Pesquisa Científica

Coordenador: Itajaí Albuquerque, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Jacqueline Gagliardi, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Luís Estruch Rancano, Ministério da Saúde de Cuba, "Estratégias de Enfrentamento de malária, tuberculose e aids em Cuba".
2. Márcia Motta, Secretária da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde do Brasil, "Panorama da Pesquisa em Saúde no Brasil".
3. Jair Brandão, Gestos, Brasil, "O Papel dos Movimentos Sociais na Construção de Políticas Públicas".

Grupo de Trabalho 2

Eixo: Enfrentamento da Epidemia de HIV/Aids entre Mulheres, Gays, HSH e Travestis

Coordenador: Fabíola Nunes Aguiar, Fiocruz

Relator: Vitor Laerte Pinto Junior, Instituto de Pesquisa Evandro Chagas/Fiocruz

Apresentadores:

1. Ivo Brito, PNDST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil, "Enfrentamento da Epidemia de HIV/Aids entre Mulheres, Gays, HSH e Travestis".
2. Carlos Duarte, Gapa/RS, "Controle Social e Enfrentamento do HIV/Aids no Brasil".
3. Fernanda Lopes, UNFPA, "Ações Integradas e Intersetoriais para o Enfrentamento da Epidemia de HIV/Aids entre Mulheres"

Grupo de Trabalho 3

Eixos: Sífilis e Populações Indígenas e de Dificil Acesso

Coordenador: Cláudia Araújo, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Andréa Duarte Lins, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Célia Szterenfeld, Unicef, "Estratégias para Redução do HIV em Gestantes e Jovens"
2. Wendel de Alencar Oliveira, RNP+/PE, "Participação da Sociedade Civil no Controle de Qualidade dos Produtos de Saúde"
3. Representante do Programa Nacional de DST/Aids

Grupo de Trabalho 4

Eixo: Recursos Humanos em Saúde

Coordenador: Wilson Aguiar Filho, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Thaís Campos Valadares Ribeiro, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Luís Miguel Leon, Ministério da Saúde do Peru, "Situação da Malária e Perspectivas".
2. Márcia Hiromi Sakai, Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Educação do Brasil, "Qualificação da Força de Trabalho em Saúde".
3. Maria Rebeca Otero Gomes, Unesco, "Iniciativa Mundial sobre Educação e HIV/Aids (Educaids)".
4. Hugo Hagstron, Grupo de Incentivo à Vida (GIV) do Estado de São Paulo, Brasil.

Grupo de Trabalho 5

Eixo: Hanseníase

Coordenador: Erika Pisaneschi, Ministério da Saúde do Brasil

Relator: Cristiane Santos Rocha e Maria Alice Correia Pedotti, Ministério da Saúde do Brasil

Apresentadores:

1. Juliana Ramos, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, "Panorama dos ODM em São Tomé e Príncipe".
2. Artur Custodio Moreira de Sousa, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Mohan).
3. Danusa Fernandes Benjamim, Programa Nacional de Hanseníase do Ministério da Saúde do Brasil.

6.5 Encerramento

Participantes da mesa: Luiz Nogales, vice-ministro de Saúde de Cuba; Igor Pardo, diretor de Saúde do Ministério de Saúde da Bolívia; Juliana Ramos, representante do Ministério de Saúde de São Tomé e Príncipe; José Moya, representante da OPAS/OMS; Márcia Rollemberg, representante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde do Brasil; Mariângela

Simão, Diretora do PN-DST/Aids; Beth Sayad, representante da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; Sônia Lansky, representante do CNS e do Conasems e Adson França.

A I Conferência Brasileira e Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde foi encerrada por Adson França, que abordou alguns desafios enfrentados pelo Brasil no cumprimento dos ODM 4, 5 e 6:

Financiamento

Nos últimos 12 meses, a arrecadação pública brasileira somou R\$ 548 bilhões. O orçamento do Ministério da Saúde, em 2008, foi de R\$ 46 bilhões, o que representou cerca de 8% do orçamento total do governo, um valor insuficiente para suprir as necessidades do sistema de saúde no âmbito nacional. Deste total, R\$ 35 bilhões foram repassados para estados e municípios.

Na opinião de França, existe um subfinanciamento da saúde pública brasileira. Um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, de cada R\$ 10,00 gastos em saúde, R\$ 4,00 são gastos públicos e R\$ 6,00 são gastos privados de empresas ou famílias. Esse fato contradiz os princípios do SUS.

Além disso, falta o entendimento da saúde como um investimento promotor de cidadania, da inclusão social, do desenvolvimento econômico e da indústria nacional que atua nesta área, gerando emprego e renda.

A saúde gera cerca de 10 milhões de empregos no país. A produção nacional nessa área também pode conquistar mais espaços. Por exemplo, recentemente, o atual governo inaugurou a primeira fábrica de preservativos pública da América Latina em Xapuri, no Acre, aproveitando o látex da Amazônia. Até o final de 2011, o Brasil estará produzindo 270 milhões de preservativos, o que representa 25% da necessidade nacional de 1 bilhão e 200 mil preservativos.

Gestão

Na área de gestão, França destacou, entre os principais desafios do SUS:

- Reorganizar as redes assistenciais regionalizadas com base em protocolos clínicos e de referência e contrarreferência.
- Identificar as principais causas de morbimortalidade nos municípios e elencar regiões prioritárias.
- Incluir a Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) nas agendas sociopolíticas e técnica da saúde.
- Considerar a heterogeneidade do país na gestão, buscando sempre a equidade.
- Construir uma agenda conjunta entre gestores e sociedade civil organizada. Valorizar o papel da sociedade civil no monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde nos níveis municipal e estadual.

- Melhorar a gestão dos hospitais através de mecanismos de contratualização, por exemplo, com a definição de metas e indicadores de desempenho.
- Aumentar a qualidade e a resolutividade dos serviços de atenção à saúde.

Recursos humanos

Na área de recursos humanos, as ações prioritárias devem focar:

- Qualificação de profissionais do SUS por meio da educação a distância e presencial: Telessaúde, Pró-saúde e parcerias com instituições formadoras e entidades científicas de especialidade.
- Criação da Universidade Aberta do SUS, uma proposta do atual ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, para capacitar os profissionais que estão no mercado.
- Criação de uma Escola Nacional de Gestores para qualificar gestores municipais e estaduais de saúde.
- Estruturação da carreira médica por meio de um plano de cargos, carreiras e salários.
- Valorização de enfermeiras obstetrias e parteiras tradicionais.

Ao final, França enfatizou que é preciso a conscientização de todos que atuam no setor público acerca da relevância da continuidade das políticas públicas. Em sua opinião, a democracia deve fortalecer Políticas de Estado e capacitar técnicos, independente de partidos políticos.

7 PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados dos trabalhos em grupo foram sistematizados em uma lista com os principais desafios enfrentados pela área da saúde para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6 e as proposições dos participantes para solucioná-los:

1. Desafio: Ampliar a qualificação e a capacitação de profissionais da área de saúde.

Proposições:

- Realizar ações integradas/articuladas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.
- Aumentar o número de cursos de capacitação profissional para quem atua no mercado de trabalho, incluindo temas como planejamento e gestão em saúde.
- Promover ações educativas para os profissionais do setor.
- Divulgar as Políticas de Saúde para os profissionais, a nível local.
- Investir em educação a distância.
- Articular e fortalecer a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS).
- Atualizar o currículo dos cursos de formação dos profissionais da área de saúde, incluindo, entre outros, os temas: atenção integral, promoção da saúde, prevenção, direitos humanos e diversidade cultural.

2. Desafio: Incentivos financeiros e não financeiros para profissionais da área de saúde.

Proposições:

- Desenvolver uma Política de Recursos Humanos em Saúde, objetivando evitar a precarização das relações trabalhistas e valorizar os profissionais do setor. A Política poderia contemplar, entre outros temas, a atuação de profissionais em áreas remotas do país. Conceder bolsas para especialistas atuarem em determinadas áreas/localidades.
- Desenvolver Planos de Cargos e Salários. Realizar concursos públicos.
- Estabelecer sistemas de incentivos relacionados ao desempenho dos profissionais.

3. Desafio: O Parecer do Conselho Nacional de Educação – CNE/CES nº 213/2008 desconsiderou a Recomendação nº 24/2008 do Conselho Nacional de Saúde, que indica a carga horária mínima de quatro mil horas para nove cursos da área de saúde. O parecer estabeleceu 3.200 horas para as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional.

Proposições:

- Encaminhar moção ao Ministério da Educação solicitando o aumento da carga horária dos cursos citados acima para, no mínimo, quatro mil horas.

4. Desafio: Aumentar o acesso às informações qualificadas sobre doenças e formas de prevenção.

Proposições:

- Realizar campanhas de promoção à saúde dirigidas a população.
- Realizar ações de comunicação que incentivem as pessoas a prática do autocuidado.

5. Desafio: Melhorar a gestão do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de governo, em particular a administração das unidades de saúde.

Proposições:

- Promover ações articuladas entre setores específicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como Monitoramento e Avaliação, Organização de Redes, Atenção Básica e Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e da Criança.
- Construir Políticas de Saúde que possuam garantias de financiamento, recursos humanos e insumos para sua implementação, em um período de tempo determinado.
- Ampliar o financiamento do sistema e das unidades de saúde.
- Criar instrumentos para avaliar a gestão das unidades de saúde.
- Desenvolver ações/atividades que fortaleçam o relacionamento entre enfermeiros, médicos e gestores.

6. Desafio: Melhorar os indicadores relacionados à atenção materno-infantil de populações indígenas e populações com difícil acesso às unidades de saúde.

Proposições:

- Desenvolver ações/atividades que facilitem o acesso de populações indígenas e com difícil acesso aos serviços de saúde.
- Ampliar o debate entre o MS e a sociedade civil na elaboração de políticas públicas voltadas para a atenção pré-natal, o parto e o puerpério de populações indígenas e de difícil acesso.
- Monitorar a atenção materno-infantil de populações indígenas e de difícil acesso.

7. Desafio: Ampliar e qualificar as consultas pré-natais.

Proposições:

- Ampliar a capacitação dos profissionais responsáveis pela realização das consultas pré-natais.
- Ampliar a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para identificar casos de gravidez de alto risco e rastrear mulheres que não realizam ou não comparecem às consultas pré-natais. Maternidades podem agir como pontos-focais para monitorar a qualidade das consultas pré-natais realizadas em sua área de cobertura.

8. Desafio: Melhorar o atendimento ao parto e evitar mortes maternas em consequência do parto.

Proposições:

- Estimular a realização do Parto Humanizado.
- Estipular um prazo para a adequação dos hospitais universitários federais e estaduais ao processo de atenção humanizada no parto e nascimento.
- Aumentar a oferta de leitos obstétricos para acelerar o atendimento.
- Implantar uma Central de Regulação de Leitos.
- Ampliar e reorganizar as ações de urgência e emergência obstétrica.
- Separar salas de parto da assistência hospitalar geral.
- Preparar o QualiSUS para o atendimento às urgências e emergências recebidas no Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu).
- Realizar estudo para identificar e transferir recursos financeiros/incentivos para as maternidades que enfrentam maiores dificuldades.
- Fortalecer as ações das parteiras.
- Efetivar serviços de Maternidades de Referência através de incentivos à realização de Plano de Ações e Metas (PAM) dos estados.

9. Desafio: Diminuir a mortalidade no período neonatal.

Proposições:

- Contar com a presença de médicos neonatologistas nas salas de parto.
- Aumentar o número de leitos neonatais nas unidades de saúde.

10. Desafio: Garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população.

Proposições:

- Qualificar os serviços de saúde sexuais e reprodutivos com base nos Direitos Sexuais e Reprodutivos, garantindo o acesso à informação e aos métodos contraceptivos.
- Promover a discussão sobre a descriminalização do aborto, enfrentando essa questão como um problema de saúde pública.

11. Desafio: Melhorar os sistemas de informação em saúde.

Proposições:

- Sistematizar os sistemas de informação em saúde.
- Melhorar os registros do Sinasc e do Sinan.
- Promover a utilização de dados estatísticos no monitoramento e na avaliação das ações de saúde.
- Ampliar a capacitação dos profissionais de saúde, relacionada ao acesso e ao monitoramento de indicadores.

- Desenvolver estratégias para diminuir a subnotificação.
- Pactuar indicadores entre gestores e trabalhadores de saúde.
- Desenvolver um método para captar informações sobre determinantes socioculturais e questões étnicas e raciais.
- Incorporar a análise de determinantes sociais na mortalidade infantil e materna.
- Sistematizar os dados dos boletins de divulgação de estatísticas sobre mortalidade materna.
- Disponibilizar informações estatísticas para o nível municipal.

12. Desafio: Eliminar a discriminação na hora do atendimento.

Proposições:

- Desenvolver políticas públicas que promovam a equidade em saúde de populações vulneráveis e diminuam a discriminação, seja ela social, racial e/ou étnica, valorizando a diversidade cultural dos países.

13. Desafio: Superar a disseminação de práticas preconceituosas e sem fundamentação científica.

Proposições:

- Analisar e integrar as abordagens culturais, religiosas, laicas e científicas no enfrentamento da epidemia do HIV/aids.

14. Desafio: Melhorar os indicadores de saúde em áreas de maior vulnerabilidade social e pobreza.

Proposições:

- Promover ações de saúde específicas para áreas de maior vulnerabilidade social e pobreza nos municípios.
- Atentar para as características específicas dos municípios.
- Respeitar regionalidades.

15. Desafio: Promover o intercâmbio das iniciativas dos países da América Latina e Caribe em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Proposições:

- Promover a cooperação técnica entre os países para que experiências bem sucedidas tenham ampla visibilidade.
- Promover visitas de campo para o intercâmbio de informações e conhecimento entre os países.

16. Desafio: Ampliar a divulgação dos ODM.**Proposições:**

- Ampliar a divulgação dos ODM e seus logotipos nos países.
- Estimular a participação efetiva das pessoas em ações de mobilização social como o *Stand Up and Take Action against Poverty and for the Millennium Development Goals*.¹⁵
- Fortalecer o controle social municipal para o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
- Sensibilizar a opinião pública sobre o tema.

17. Desafio: Combater a feminização da epidemia do HIV/aids**Proposições:**

- Realizar pesquisas para a utilização do uso do preservativo feminino e sobre a farmacocinética da medicação ARV nas mulheres.
- Criar indicadores que afirmem e dimensionem a tendência de transmissão do HIV nas epidemias concentradas.
- Ampliar o escopo das medidas educativas e de comunicação ligadas à prevenção da feminização da epidemia do HIV/aids.
- Desenvolver estratégias de “empoderamento” das mulheres.

18. Desafio: Diminuir a incidência do HIV/aids em jovens e adolescentes.**Proposições:**

- Gerar conhecimento sobre o comportamento social e sexual dos jovens e adolescentes e, com base nesta informação, abordar de forma efetiva os pontos vulneráveis das medidas tradicionalmente aplicadas na prevenção do HIV/aids em jovens e adolescentes.

19. Desafio: Reduzir a transmissão vertical de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em gestantes.

Proposições:

- Ampliar a aplicação do teste rápido para sífilis.
- Qualificar os protocolos de atenção a gestantes relacionados à sífilis.
- Desenvolver intervenções específicas na área de DST/aids para grávidas.

¹⁵ “Posicione-se e aja contra a pobreza e pelos ODM” é uma campanha mundial de mobilização das pessoas por esses dois objetivos.

20. Desafio: Reduzir a incidência da sífilis.

Proposições:

- Estimular a realização de campanhas de comunicação sobre a sífilis e a sífilis congênita nas três esferas de gestão.
- Definir políticas para enfrentar o problema da subnotificação em casos de sífilis, como a notificação compulsória da sífilis adquirida.
- Realizar estudos de prevalências da sífilis, por faixa etária, nas Unidades Federativas.
- Aumentar a articulação entre o MS e as Universidades para o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas relacionadas à sífilis.

21. Desafio: Reduzir a incidência da tuberculose (TB).

Proposições:

- A TB deve ser um tema transversal em todos os ODM.
- Introduzir a tuberculose ao lado das outras doenças no título do ODM 6, para ganhar visibilidade.
- Investir no desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas relacionadas à TB.
- Fomentar a discussão sobre o autocuidado e a promoção da saúde.
- Contemplar a tuberculose nos relatórios oficiais do governo.
- Divulgar informações sobre a TB em virtude de muitos casos de óbitos relacionados à falta de informação.

22. Desafio: Promover a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da hanseníase, impedindo sequelas nas pessoas, principalmente em crianças.**Proposições:**

- Integrar ações de controle e o enfrentamento da hanseníase com ações relacionadas aos ODM 1 e 2: erradicar a pobreza extrema e a fome e atingir o ensino básico universal, respectivamente.
- Promover parcerias com o Ministério da Educação para divulgar informações para pais, alunos e profissionais.
- Realizar um trabalho intersetorial para divulgar informações corretas sobre a hanseníase.
- Utilizar os profissionais e adolescentes do “Programa Saúde na Escola” como multiplicadores de informação sobre hanseníase.
- Capacitar profissionais da saúde da rede do SUS para realizar o diagnóstico diferencial para a hanseníase.
- Captar precocemente, para as unidades de saúde, as pessoas atingidas pela hanseníase.

23. Desafio: Promover a reabilitação e a inclusão social da pessoa atingida pela hanseníase.

Proposições:

- Realizar parcerias com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) visando à reinserção das pessoas atingidas pela hanseníase no mercado de trabalho.
- Realizar parcerias com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para a capacitação de profissionais para o reconhecimento das condições incapacitantes da hanseníase.
- Aumentar o acesso às ações de reabilitação e à concessão de órteses e próteses (principalmente visual e física), além de cirurgias reparadoras.
- Realizar parcerias com o Ministério Público e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa) para capacitar os promotores de defesa da saúde.
- Ampliar a parceria com organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), para a inclusão da hanseníase como tema transversal em seus programas.

Proposições Gerais:

- Promover ações intersetoriais com as áreas de educação, trabalho, saneamento básico, habitação, entre outras, assim como universidades e sociedades científicas, em prol da promoção da saúde.
- Garantir o caráter de transversalidade dos ODM nas políticas de saúde.
- Criar um prêmio para os municípios que reduzam a mortalidade infantil e materna.
- Estimular a participação da sociedade civil na fiscalização dos serviços de saúde e no controle das metas atingidas.
- Estimular o aleitamento materno.
- Incluir uma abordagem de gênero nas práticas de intervenção da redução da mortalidade materna.
- Desenvolver ações/estratégias de combate à violência física e psicológica contra a criança.

8 CARTA DE BRASÍLIA

Ao final da Conferência, foi adotada a Carta de Brasília, um documento que sintetiza prioridades dos governos para alcançar os ODM em saúde. A carta foi discutida e consensuada em plenária pelos países participantes do encontro.

Carta de Brasília sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6 (Brasília/DF, 20 Novembro de 2008)

i. Nós, representantes dos governos e das sociedades civis dos países – Argentina, As Bahamas, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Colômbia, Cuba, Espanha, França, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e São Tomé e Príncipe –, Organismos Internacionais do sistema das Nações Unidas, representantes da sociedade civil e militantes em defesa dos direitos humanos, profissionais que atuam tecnicamente na gestão das políticas públicas e na atenção à saúde, gestores federais, estaduais e municipais do governo do Brasil, representantes de Conselhos de Direitos e de Órgãos Colegiados vinculados à gestão pública da saúde do Brasil, parlamentares comprometidos com as causas populares e com a saúde pública, pesquisadores acadêmicos, reunidos na cidade de Brasília entre os dias 18, 19 e 20 de novembro de 2008;

ii. Considerando que em Setembro de 2000, os dirigentes mundiais reunidos na *Cúpula do Milênio* reafirmaram as suas obrigações comuns para com a comunidade mundial, e comprometeram-se então a atingir um conjunto de objetivos específicos, os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)*, que irão guiar os seus esforços coletivos nos próximos anos no que diz respeito ao combate à pobreza e ao desenvolvimento sustentável;

iii. Considerando que erradicar a pobreza extrema e a fome, promover a igualdade entre os sexos, erradicar doenças que matam milhões e criar uma parceria global para o desenvolvimento sustentável dos povos são algumas das oito metas da ONU apresentadas na *Declaração do Milênio*, e que se pretendem alcançar até 2015;

iv. Considerando que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6, que correspondem, respectivamente aos seguintes objetivos “Reduzir a mortalidade de crianças”, “Melhorar a saúde materna” e “Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças”, requerem um esforço institucional dos países envolvidos no apoio ao desenvolvimento de estratégias de saúde e dos sistemas de saúde, no domínio dos recursos humanos, na assistência técnica para a atualização de estratégias de saúde e no adequado financiamento público;

v. Reconhecendo que o intercâmbio mútuo de conhecimentos e experiências pode fortalecer e estimular o desenvolvimento da cooperação internacional em matéria de saúde entre os países;

Afirmamos que:

1. Os ODM apresentam desafios para o desenvolvimento social que requerem iniciativas de articulação entre diversos governos e organismos internacionais para a determinação das políticas, estratégias e ações a serem implementadas nacionalmente e localmente, com vistas a promover a qualidade de vida de todas as pessoas e povos e reduzir iniquidades e injustiças sociais.

2. A transversalidade dos ODM requer a proposição de políticas e estratégias inter-setoriais, envolvendo diversos níveis e atores governamentais em ações comuns. A especificação dos ODM 4 (reduzir a mortalidade na infância), 5 (melhorar a saúde materna) e 6 (combater a epidemia de HIV/aids, malária e outras endemias) como diretamente relacionados ao setor Saúde não implica que para o seu cumprimento se restrinjam as ações somente ao setor Saúde, mas, ao contrário, enfatizam a função estratégica dos setores de Saúde dos governos na implementação e coordenação de políticas públicas para o cumprimento das metas implicadas nesses três ODM.

3. O cumprimento dos ODM está alinhado à garantia de direitos humanos fundamentais, sendo da maior relevância a dignidade humana. O respeito e valorização da pluralidade cultural e étnica entre os diferentes atores sociais e povos é inerente à reafirmação da universalidade dos direitos humanos e sociais com equidade.

4. A participação da sociedade civil no cumprimento dos ODM e no processo de formulação, execução e acompanhamento das políticas públicas é imprescindível para a garantia do direito à saúde com equidade, condizentes com as reais necessidades e demandas de diferentes grupos sociais e povos.

5. Os governos e as agências devem reforçar estratégias de mobilização social e divulgação dos ODM, a exemplo da iniciativa mundial *“Stand Up and Take Action against Poverty and for the Millennium Development Goals”*¹⁶, com o intuito de apropriação dos ODM pela sociedade civil.

6. A melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde deve considerar os determinantes sociais sobre as condições de vida e de saúde das pessoas e dos povos. O cumprimento dos ODM e a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas, grupos sociais e povos, prioritariamente de mulheres e crianças, só poderá ser efetivado mediante reconhecimento de que incidem como determinantes sociais da saúde, entre outros, o gênero, a idade, a condição socioeconômica, a condição étnico-racial, o local de moradia urbano ou rural, a orientação sexual, a identidade de gênero e o nível de escolaridade.

7. Comemorando os 30 anos da Declaração de Alma-Ata, reafirmamos que a atenção e cuidado à saúde não se restringe a medidas curativas ou de recuperação de agravos, devendo primar pela promoção da saúde e prevenção de agravos por meio do fortalecimento da atenção primária.

8. É responsabilidade dos governos nacionais o avanço no cumprimento dos ODM, envolvendo parcerias nacionais e internacionais, seja bilateralmente ou multilateralmente, reforçando laços de solidariedade entre as nações e o cumprimento das agendas regionais.

¹⁶ “Posicione-se e aja contra a pobreza e pelos ODM” é uma campanha mundial de mobilização das pessoas por esses dois objetivos.

9. Crises na economia mundial não devem acarretar prejuízo direto ou indireto, nem restringir o financiamento para o cumprimento dos ODM, compreendidos como metas básicas para o processo de desenvolvimento social e econômico dos povos e nações.

10. Os Organismos Internacionais do sistema das Nações Unidas assumem importante papel na mobilização de recursos e no acompanhamento técnico dos avanços nacionais, regionais e globais, reconhecendo e valorizando as expertises nacionais e respeitando valores e tradições socioculturais e históricas das nações.

11. Os governos devem permanentemente buscar formas de qualificação de seus sistemas de informação, favorecendo a análise de saúde e seus determinantes, primando pela fidedignidade das evidências e consequente fundamentação estratégica das políticas públicas. Os Organismos Internacionais são colaboradores para o desenvolvimento de tecnologias de informação, primando pela progressiva autonomia dos governos na geração de seus dados e informações nacionais.

Firmado em Brasília, 20 de novembro de 2008

No segundo dia de trabalho, o ministro do Estado da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, assinou quatro portarias importantes para auxiliar o Brasil no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, números 4, 5 e 6.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A I Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde e I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde foi considerada bem-sucedida pelos participantes. Esse sucesso foi expresso na decisão unânime de realizar a II Conferência Brasileira de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde e II Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do Setor Saúde em 2010.

O encontro também foi considerado fundamental para fortalecer os laços de cooperação entre os países no desafio de melhorar indicadores relacionados à saúde, um tema extremamente complexo tecnicamente, difícil politicamente e sensível socialmente.

De modo geral, os participantes do evento demonstraram muita preocupação com os reflexos da crise econômica mundial sobre ações para o alcance dos ODM. Teme-se que esse desarranjo implique restrições no financiamento de programas, acarretando prejuízos para o setor Saúde, entre outras áreas sociais.

A mobilização social foi citada como um dos eixos fundamentais na luta pela manutenção e aumento dos recursos financeiros destinados à área, além de ser essencial no monitoramento e avaliação de políticas públicas.

No caso específico do Brasil, o coordenador da Conferência, Dr. Adson França, recomendou aos cidadãos um contato maior com os parlamentares de suas bases, pois cada um deles pode aprovar emendas de até R\$8 milhões no Orçamento Geral da União e direcionar os recursos para a saúde. Neste momento, o déficit na balança comercial do setor Saúde, no país, chega a US\$6 bilhões.

Também é importante lembrar que o setor Saúde é um grande empregador. Só no Brasil, ele é responsável por cerca de 10 milhões de empregos, representando uma fatia importante do desenvolvimento socioeconômico do país.

Outro tema considerado como um grande desafio no cumprimento dos ODM relacionados à saúde são as populações mais isoladas geograficamente (distância e/ou meio de transporte), assim como moradores das periferias urbanas, onde as condições sanitárias nem sempre são ideais.

O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), como coordenador da Conferência, agradeceu a participação e o apoio de todos e de todas na realização do mesmo. "A Conferência não poderia ter sido realizada de modo tão produtivo e eficaz sem o suporte inestimável dos amigos e amigas que apoiaram a organização, prestigiaram o encontro e participaram com suas ideias e opiniões", afirmou Dr. França.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia para gestão local do controle da malária: diagnóstico e tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e registrados no Sistema de Controle de Informações Laboratoriais e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom). In: **SINAN**, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. IPEA. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD.** 2006.
- CEPAL. **World population prospects: the 2006 revision database.** 2008.
- CEPAL. **Panorama social 2006.** Santiago, Chile, 2007.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **World food situation: food price indices.** 2010. Disponível em: <<http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en/>>
- GALLUP, John Luke; SACHS, Jeffrey D., The economic burden of malaria. **Am. J. Trop. Med. Hyg.** [S. l.], v. 64, n. 1-2, p. 85-96, 2001.
- Golub et al. **Aids.** 2007.
- MACINKO, James; GUANAIS, Frederico; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de, **J. Epidemiol. Community Health**, [S. l.], v. 60, p. 13-19, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Mortalidade materna em 2005: estimativas desenvolvidas por OMS, Unicef, UNFPA e Banco Mundial. OMS, 2007.
- PERU. Ministério da Saúde. **Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.** 2010.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS. **Sistema de Informações de Mortalidade.** 2005. Disponível em: <http://portaldes.informacoes.fiocruz.br/transf.php?id=00007302&lng=pt&nrm=iso&script=thes_chap>
- UNITED NATIONS. **Goal 1:** Eradicate extreme poverty and hunger. Sep. 2008a. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%201%20FINAL.pdf>>.
- UNITED NATIONS. **Goal 7 :** Ensure environmental sustainability. Sep. 2008b. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%207%20FINAL.pdf>>.
- UNITED NATIONS. **Goal 6:** Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases. Sep. 2008c. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%206%20FINAL.pdf>>.

UNITED NATIONS. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. **World population prospects: the 2006 revision.** United Nations, 2009. Disponível em: < <http://esa.un.org/unpp>>.

UNITED NATIONS. Relatório global sobre a epidemia de Aids 2008. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SjJKPsMMv0gJ:www.unodc.org/pdf/brazil/rel_UNAIDS_2008/Fact_sheet_AmericaLatina2008REV.doc+Relat%C3%B3rio+sobre+a+Epidemia+Global+de+Aids+2008.&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

WORLD FOOD PROGRAME. **Hunger.** 2010. Disponível em: <<http://www.wfp.org/hunger>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control.** WHO, 2008.

ANEXOS

Anexo A - Portaria 2.799/2008

Durante a Conferência, o ministro do Estado da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, assinou quatro portarias importantes para auxiliar o Brasil no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio números 4, 5 e 6. A seguir, apresenta-se o texto das Portarias:

ATO PORTARIA Nº 2.799, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.

EME Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil.

TEX O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida em 2008, definidos pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, entre os quais estabelece a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece como princípios da Atenção Básica a universalidade, a acessibilidade, a integralidade, o vínculo, a responsabilização, a equidade, a humanização, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 8 de março de 2004, que visa monitorar o cumprimento das ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 e 2015;

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher -PNDS/2006, que revela que os índices de aleitamento materno no Brasil estão bem abaixo do recomendado;

Considerando ser o aleitamento materno importante estratégia de vínculo entre mãe e filho e de proteção e promoção da saúde da criança e da mãe, cujo sucesso tem implicação direta na redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando a existência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Rede de Bancos de Leite Humano como marcos importantes da promoção do aleitamento materno com foco na atenção hospitalar; e

Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicados pela Rede.

Art. 3º A Rede Amamenta Brasil será desenvolvida de forma articulada com a Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e contará com a participação de um representante de cada uma dessas instituições.

Art. 4º A Rede, ora instituída, será coordenada, em âmbito nacional, pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em conjunto com o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e, em âmbito estadual e municipal, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

§ 1º À coordenação nacional compete dar apoio técnico aos Estados e Municípios na consecução da Rede, acompanhar as atividades das Redes Estaduais e certificar as Unidades Básicas de Saúde que cumprirem os critérios de inclusão, de acordo com critérios definidos em ato específico a ser editado.

§ 2º À coordenação estadual compete dar apoio técnico aos Municípios na consecução da Rede e acompanhar as atividades das Redes Municipais.

§ 3º À coordenação municipal compete dar apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde para sua inclusão na Rede, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno das unidades básicas de saúde certificadas.

Art. 5º Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de aleitamento materno, nas unidades básicas de saúde, pela Rede Amamenta Brasil, será utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

Art. 6º O Regimento Interno, para o funcionamento articulado da Rede Amamenta Brasil, será publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 30 dias, a contar da data de publicação desta Portaria. Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo B - Portaria 2.800/2008

ATO PORTARIA Nº 2.800, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.

EME Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.

TEX O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os compromissos dos pactos pela vida, pela saúde, de gestão do SUS e pela redução da mortalidade materna e neonatal;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para o ano de 2015, em especial o quarto Objetivo, cuja meta é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos, no período de 1990 a 2015;

Considerando que as causas perinatais para a mortalidade infantil representam, atualmente, um dos maiores desafios para as instituições de saúde brasileiras envolvidas com a assistência à mulher grávida e ao recém-nascido;

Considerando que existe um excesso de risco de morte perinatal, para recém-nascidos de mesma idade gestacional e peso ao nascer, quando se comparam as Regiões Norte e Nordeste com as regiões mais desenvolvidas do Brasil, Sul e Sudeste para recém-nascidos de muito baixo peso, excesso estimado em 40%;

Considerando que os altos coeficientes de mortalidade perinatal e neonatal, por faixas de peso, e as altas proporções de mortes evitáveis nas regiões são factíveis de serem enfrentadas com êxito, a partir da organização e gerenciamento da assistência por níveis de atenção;

Considerando que existe a necessidade de melhorar a capacidade dos profissionais da área da saúde perinatal, seja nos aspectos motivacional, gerencial, de formação profissional para a prática clínica baseada nas melhores evidências científicas, seja para a prática de pesquisa (escassa atividade de investigação científica, subutilização ou utilização inadequada de intervenções efetivas já disponíveis); e

Considerando que existem fortes evidências, sugeridas por pesquisas realizadas na própria região Norte-Nordeste, de que é necessário desenvolver estratégias de ação para melhorar a qualidade da organização, gestão e do desempenho das unidades neonatais, e que todas essas ações têm elevado potencial para reduzir as causas de mortes consideradas evitáveis por adequado manejo obstétrico e neonatal, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade perinatal por meio de aprimoramento nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, nos Estados do Norte e Nordeste do Brasil.

Parágrafo único. A Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal constitui-se numa estratégia de aprimoramento da competência do sistema público de saúde na área perinatal por meio de articulação das principais maternidades e unidades neonatais de médio e alto risco, no âmbito de cada Estado da Região Norte-Nordeste, para formação de serviços de atenção perinatal integrados e trabalhando com a lógica de uma rede de saúde.

Art. 2º A Rede Norte-Nordeste será formada por Redes Estaduais de Saúde Perinatal nos Estados do Norte-Nordeste, integrada pelo conjunto de unidades neonatais de médio e alto risco dos Estados.

Art. 3º A Rede Norte-Nordeste será desenvolvida de forma articulada com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Rede Amamenta Brasil e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e contará com a participação de um representante de cada uma dessas instituições.

Art. 4º A Rede, ora instituída, será coordenada, em âmbito nacional, pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, que estimulará e apoiará a criação das redes estaduais.

Art. 5º As ações das Redes Estaduais de Saúde Perinatal serão coordenadas pelas Secretarias de Estado da Saúde que constituirão Grupo de Trabalho – GT com o objetivo de apoiar a execução das ações da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho deverá ser composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - Sociedade Brasileira de Pediatria;

II - Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; e

III – das Unidades neonatais integrantes da Rede Norte-Nordeste.

Art. 6º O Regimento Interno, para o funcionamento articulado da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, será publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 30 dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo C - Portaria 2.801/2008

ATO PORTARIA Nº 2.801, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.

EME Altera o art. 1º da Portaria nº 427/GM, de 22 de março de 2005, que Instituiu a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

TEX O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições previstas nos incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial os objetivos quatro e cinco cuja meta, respectivamente, é a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos e a redução em três quartos da taxa de mortalidade materna no período de 1990 a 2015;

Considerando que o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas – ONU como modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Considerando que as estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal, nos níveis aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde – OMS, devem fazer parte de políticas públicas de médio e longo prazo; e

Considerando que a pactuação realizada entre os três entes da Federação, em 17 de março de 2004, com o objetivo de fixar condições de cooperação mútua a fim de propiciar a qualificação obstétrica e neonatal no País, publicado como Extrato de Protocolo de Intenções, na seção 3 do Diário Oficial da União de 31 de janeiro de 2005, página 35, não definiu o prazo final de execução das estratégias do objetivo, resolve:

Art. 1º Alterar o art. 1º da Portaria nº 427/GM, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 56, de 23 de março de 2005, seção 1, página 23, que passa a ter a seguinte redação:

“Art. 1º Instituir a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de caráter técnico-consultivo, que atuará alinhada com o período proposto para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, cuja avaliação está prevista para o ano de 2015, com os seguintes objetivos:” (NR)

Art. 2º Incluir os órgãos e as instituições abaixo relacionadas na composição da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, prevista no art. 2º da Portaria nº 427/GM, de 2005:

I - Ministério da Saúde:

a) Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde – um representante

b) Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde – um representante

II - Ministério da Defesa - um representante

III- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – um representante

IV - Ministério da Educação – um representante

V - Secretaria Nacional de Juventude – um representante

VI - Federação Nacional dos Médicos – um representante

VII - Senado Federal – um representante

VIII - Câmara dos Deputados – um representante

IX - Conselho Federal de Psicologia - um representante

X - União Brasileira dos Estudantes Secundaristas – um representante

XI - União Nacional dos Estudantes – um representante

XII - Rede de Saúde Perinatal Norte e Nordeste – um representante

XIII - Rede Amamenta Brasil – um representante

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo D - Portaria 2.802/2008

ATO PORTARIA Nº 2.802, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2008.

EME Atualiza os valores do Quadro 01 – Valores de Referência por Unidade da Federação, constantes do Anexo 2 da Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002.

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

Considerando as metas previstas no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, lançado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2007;

Considerando o Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, instituído conforme a Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002.

Considerando que está defasado o valor da fórmula infantil praticado para o cálculo dos recursos financeiros, conforme disposto na referida Portaria; e

Considerando as alterações previstas na Portaria nº 1.071/GM, de 9 de julho de 2003, resolve:

Art. 1º Atualizar os valores do Quadro 01 – Valores de Referência por Unidade da Federação, constantes do Anexo 2 da Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, conforme o Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Os demais artigos, anexos e itens das Portarias nº 2.313/GM, de 2002 e nº 1.071/GM, de 2002, permanecem inalterados.

Art. 3º Determinar que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1444.20AC – Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.

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

ASS JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo da Portaria 2.802/2008

Quadro 1 – Valores de referência por Unidade da Federação

Região/UF	Valor (R\$)
Acre	5.830,50
Alagoas	18.135,52
Amapá	17.550,00
Amazonas	75.289,50
Bahia	140.659,20
Ceará	43.359,16
Distrito Federal	81.414,06
Espírito Santo	93.512,64
Goiás	80.801,76
Maranhão	48.906,00
Mato Grosso	128.494,08
Mato Grosso do Sul	83.715,84
Minas Gerais	249.882,36
Pará	74.256,00
Paraíba	46.616,40
Paraná	263.133,00
Pernambuco	89.489,40
Piauí	18.164,20
Rio de Janeiro	630.190,08
Rio Grande do Norte	16.002,00
Rio Grande do Sul	1.060.441,20
Rondônia	12.478,44
Roraima	14.040,00
Santa Catarina	379.080,00
São Paulo	2.514.599,10
Sergipe	24.321,60
Tocantins	19.983,60
Total	6.230.345,64

ISBN 978-85-334-1752-6



Disque Saúde
0800 61 1997

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



Ministério
da Saúde

