

SUS Paineis

de indicadores do SUS N° 7

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Panorâmico

V. III

O **Painel de Indicadores do SUS** é distribuído gratuitamente.
Para recebê-lo, escreva ao

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
SAFS - Setor da Administração Federal Sul, quadra 2, lotes 5 e 6
Edf. Premium, bloco F, torre I, 1º andar, sala 105
70070-600 - Brasília/DF

gestaoparticipativa@saude.gov.br

Ou à

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
SEN - Setor de Embaixadas Norte, lote 19
70800-400 - Brasília/DF
Caixa Postal: 08729

SUMÁRIO

4	APRESENTAÇÕES
6	EDITORIAL
8	PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL
11	EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL
13	SAÚDE DA FAMÍLIA
18	HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
22	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
25	SAÚDE BUCAL
27	SAMU 192
28	SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
30	ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA
32	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
33	ATENÇÃO HEMOTERÁPICA
34	ATENÇÃO HEMATOLÓGICA
36	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
41	NASCER NO BRASIL
42	ALEITAMENTO MATERNO
43	SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS
45	SAÚDE DA MULHER
47	SAÚDE DO HOMEM
48	ENVELHECIMENTO
50	SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
52	SAÚDE MENTAL
55	SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
56	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS FATORES DE RISCO
59	INTERNAÇÕES
60	DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
65	MORTALIDADE INFANTIL
68	MORTALIDADE MATERNA
71	ACIDENTES E VIOLÊNCIAS
76	REDUÇÃO DAS INEQUIDADES EM SAÚDE
78	OUVIDORIA-GERAL DO SUS
80	TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO
81	METAS DO MILÊNIO
82	NA INTERNET
83	PUBLICAÇÕES
84	SIGLÁRIO



APRESENTAÇÕES

A cooperação técnica desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) busca a eficiência e a excelência no trabalho para o alcance dos resultados pactuados nos Termos de Cooperação. Nesse contexto, a Organização tem estimulado iniciativas sustentadas no trabalho em equipe e no aprendizado como forma de apoiar o processo de alinhamento técnico para o cumprimento da Estratégia de Cooperação com o Governo do Brasil, com destaque para o Ministério da Saúde.

Assim sendo, tem apoiado atividades que promovam o intercâmbio de experiências, inovação de métodos e tecnologias disponíveis que qualifiquem e potencializem o uso da informação e do conhecimento como eixos transversais aos instrumentos de cooperação técnica.

O Painel de Indicadores do SUS, nascido da percepção de uma lacuna de informação em saúde, busca a democratização do acesso a essas informações. Voltado inicialmente para conselheiros de saúde - usuários, trabalhadores e gestores -, o Painel ampliou seu público e, hoje, em seu sétimo número, demonstra o sucesso da iniciativa.

Com uma metodologia que responde às premissas que sustentam a boa cooperação técnica, a publicação do Painel de Indicadores do SUS nº7, terceiro de caráter panorâmico, corrobora a parceria OPAS/OMS e Ministério da Saúde no estabelecimento de sistemas de informação, enquanto apóia iniciativas de facilitação e acesso a essas informações.

Diego Victoria Mejía

Representante da OPAS/OMS no Brasil



A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e a consequente pressão sobre os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são aspectos indissociáveis para a formulação e implementação de políticas de saúde pública no país. Nos últimos anos, houve a regressão da incidência e até a eliminação de algumas doenças transmissíveis, mas nos deparamos também com o aumento das doenças crônicas e com situações recentes, como o surgimento da gripe A (H1N1).

O acompanhamento dessas alterações é fundamental para que o Ministério da Saúde otimize seu esforço de levar serviços e ações para as reais necessidades da população. Exemplo disso são as iniciativas para a integração dos serviços ao cidadão - numa rede que envolve o fortalecimento das equipes de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) -, além da prevenção de doenças e promoção da saúde.

Nesse contexto, este Painel de Indicadores do SUS, sétimo da série e terceiro de caráter panorâmico da Saúde no Brasil, insere-se como um elemento balizador. Uma iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que consolida a nossa parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

Ao examinar os últimos anos, desde a primeira destas publicações, podemos avaliar e certificar que o Mais Saúde, o planejamento estratégico do nosso Ministério, engloba e coloca medidas concretas para lidar com o retrato da saúde existente hoje no país.

Cientes de que temos um trabalho contínuo pela saúde - o que por certo inclui reduzir ainda mais os índices de mortalidade infantil e materna, além das desigualdades regionais, entre outros indicadores a serem melhorados -, entregamos este Painel de Indicadores do SUS. Assim, reafirmamos o compromisso de atuar pela qualidade de vida plena da população.

A todos, uma boa leitura.

José Gomes Temporão

Ministro da Saúde



EDITORIAL

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) vem através desta publicação reforçar mais uma vez o seu papel no controle social. Isso porque o Painel de Indicadores do SUS, já em sua sétima edição, tem como principal objetivo contribuir para a formação da consciência crítica de conselheiros de saúde e gestores do SUS em todo o país, além de servir de estímulo aos processos de intervenção social, consolidando-se para o MS como uma importante estratégia de articulação, participação e compartilhamento de informações e experiências entre indivíduos e instituições.

Nesta edição, a terceira de caráter panorâmico, o leitor poderá ter uma visão geral e ampla sobre diversas questões ligadas à saúde. Doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, alimentação e nutrição, determinantes sociais da saúde, atenção básica, assistência oncológica e aleitamento materno, dentre outros, são alguns dos temas abordados aqui. A nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, aprovada em agosto de 2009, é outro destaque deste Painel, que traz ainda informações sobre o Pacto pela Saúde, o Termo de Ajuste Sanitário e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, reforçando a importância da participação popular para o controle social.

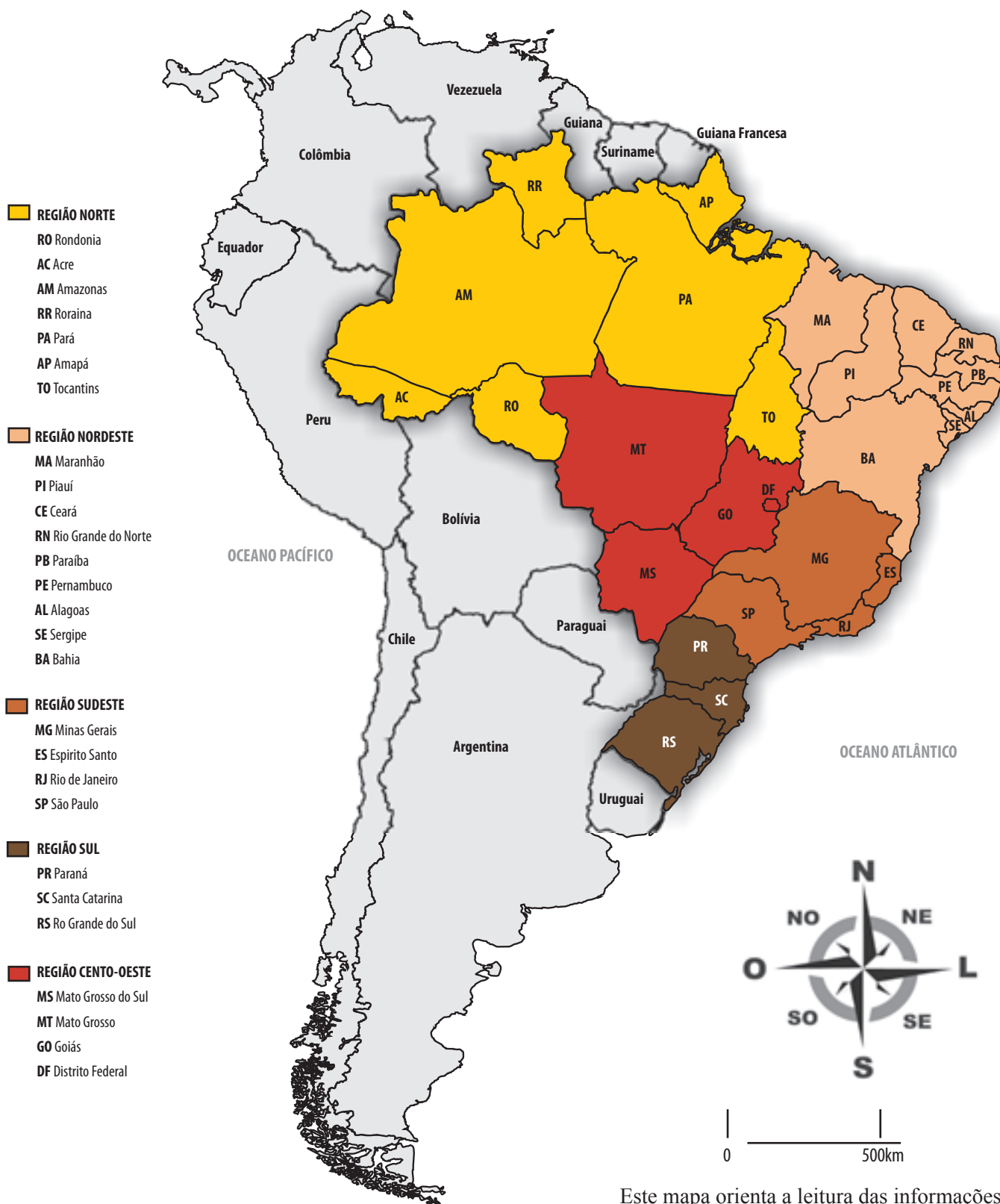
Vale lembrar que o conteúdo desta publicação, com seus indicadores e reflexões, é resultado de um importante trabalho de cooperação técnica entre as mais diversas áreas do Ministério da Saúde. Em decorrência desse esforço, os Painéis têm sido cada vez mais requisitados no meio acadêmico, em cursos de graduação e pós-graduação em saúde, além de ser utilizado também nos processos de educação permanente de profissionais da área, demonstrando assim seu valor junto à sociedade.

Criado em 2006, o Painel de Indicadores do SUS já discutiu temas como Saúde da Família, Prevenção de Violências e Promoção de Cultura de Paz, Saúde da Mulher e, mais recentemente, Promoção da Saúde. Agora, chegamos ao sétimo volume esperando ampliar ainda mais o interesse pela leitura e pelo acesso a esta publicação, fortalecendo ainda mais a participação popular no Sistema Único de Saúde, com o intuito de formar parcerias e concentrar esforços na busca por dias e vidas mais saudáveis.

Antonio Alves de Souza

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa





Este mapa orienta a leitura das informações por Estados e Regiões



PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuado entre os gestores do SUS em 2006, reitera os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecendo questões como descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle Social, planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde. Traz ainda algumas diretrizes para o monitoramento e avaliação da gestão, inclusive como um processo permanente de cada ente federado no seu próprio âmbito e em relação aos demais, orientado por indicadores, objetivos, metas e responsabilidades da gestão.

A adesão ao Pacto pela Saúde representa o compromisso com os demais gestores do sistema e com a população, tendo por base a responsabilização solidária e compartilhada contida no Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Três anos depois de sua homologação, o Pacto pela Saúde já teve a adesão de todos os estados do Brasil e de 3.345 dos 5.564 municípios brasileiros. As informações são da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - atualizadas em março de 2010 - e representam a adesão de 60% do total de municípios do Brasil. A adesão regional possui o seguinte quadro: 33% na região Norte, 41% no Nordeste, 67% na região Centro-oeste, 93% no Sudeste e 51% na região Sul.

Adesão estadual ao Pacto



Adesão municipal ao Pacto



Fonte: CIT/SE/MS



Para saber mais:

O processo de adesão ao Pacto pela Saúde propicia a identificação de potencialidades e fragilidades no âmbito da gestão, apontando caminhos para a organização de ações de cooperação junto aos gestores e ao controle social. Isso é possível por meio do monitoramento do Termo de Compromisso de Gestão, que deve estar em consonância com o Plano de Saúde, assim como o Pacto dos Indicadores.



Relatório Anual de Gestão do SUS

Regulamentado pela lei n.º 8.142, o Relatório de Gestão é objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e acórdão dos órgãos de controle, caracterizando-se como principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde. Deve ser elaborado anualmente a partir do Plano de Saúde, e permitir ainda a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo.

Considerando a importância desse instrumento, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags), desde 2008 incluiu o indicador ‘Proporção de estados e municípios com Relatório de Gestão aprovados nos Conselhos estadual e municipal de Saúde’ no conjunto de indicadores do Pacto, com meta pactuada de 100%. Esse indicador mede quantitativamente o percentual de aprovação dos relatórios nos Conselhos.

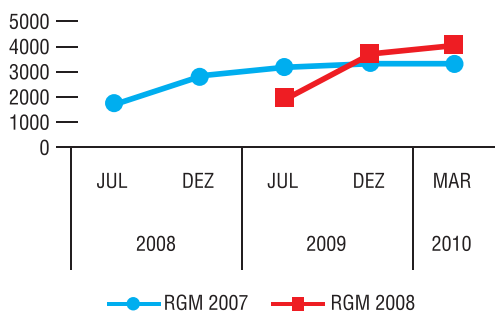
O Pacto pela Saúde, através do Termo de Compromisso de Gestão, inclui a aprovação do relatório pelo Conselho como uma das responsabilidades sanitárias inerentes ao planejamento e à programação, devendo o gestor apontar a situação relativa à qualificação desse processo, cuja responsabilidade de monitoramento e avaliação é do Demags.

Comparando-se os anos 2007 e 2008, os dados mostram uma evolução positiva para os municípios, que passaram de 61% para 70% de aprovação, enquanto os estados saíram de 70% para 52%, e apenas um deles atingiu a meta para o indicador. As regiões Sudeste e Sul, com 84% e 81% de aprovação, respectivamente, foram as que mais se destacaram. Os estados de Rondônia, Tocantins, Ceará, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, São Paulo, Paraná e Acre tiveram percentual acima de 80%, com destaque para o último, que atingiu 100%.

VOCÊ SABIA?

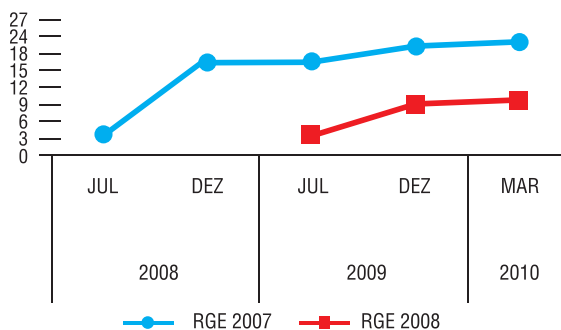
Para apoiar municípios e estados na construção dos seus relatórios de gestão, a SGEP, através do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, lançou em março de 2010 o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Esse instrumento eletrônico, além de possibilitar a construção do relatório dentro dos prazos legais, é também uma ferramenta estratégica para o monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde.

Relatório de Gestão Municipal: quantitativo de aprovados em 2007 e 2008



Fonte: CIT/SE/MS
Elaboração: DEMAGS/SGEP/MS

Relatório de Gestão Estadual: quantitativo de aprovados em 2007 e 2008



Fonte: CIT/SE/MS
Elaboração: DEMAGS/SGEP/MS



O Pacto e o processo de regionalização

Reiterada no Pacto pela Saúde, a Regionalização é uma diretriz estruturante do SUS, de relevância para a constituição de Colegiados de Gestão Regional (CGR), como um dos princípios para se efetivar uma gestão participativa, solidária e cooperativa.

No Brasil, 5.189 municípios integram 406 Colegiados, o equivalente a 93% dos municípios brasileiros, segundo informações repassadas à CIT, até dezembro de 2009. Excetuando-se os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e o Piauí, este com 74% dos municípios organizados em Colegiados de Gestão Regional, os demais apresentam a totalidade de seus municípios organizados em CGR.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que ordena o processo de regionalização da atenção à saúde, deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as abordagens sobre um território vivo e buscando a identificação de prioridades de intervenção e conformação de ações, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde.

Os planos diretores de Regionalização, de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) constituem instrumentos fundamentais de gestão para o SUS

Para saber mais:

Analisando o recente processo de adesão ao Pacto pela Saúde, observa-se que as questões ligadas ao cumprimento das responsabilidades técnica e financeira, tendo como base projetos prioritários, representam os pontos de maior fragilidade para gestores estaduais e municipais.

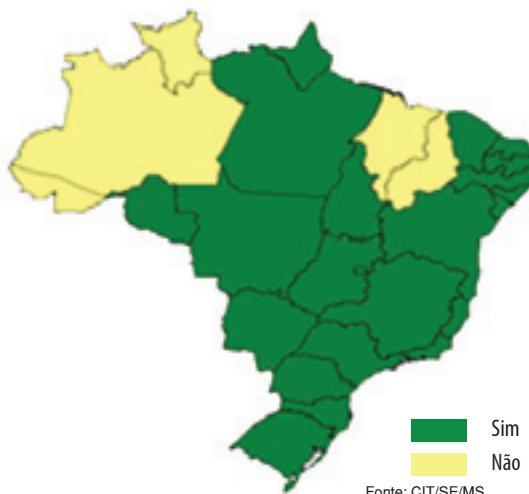
Colegiados de Gestão Regional



Região	% de municípios que integram os CGR
Norte	78%
Nordeste	85%
Centro-Oeste	100%
Sudeste	100%
Sul	100%
Brasil	93%

Fonte: CIT/SE/MS

PDR atualizados a partir de 2006



Fonte: CIT/SE/MS

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL

Diretriz constitucional do SUS, a participação social foi regulamentada por meio da lei nº 8.142, de 1990, que criou as Conferências e os Conselhos de Saúde. Estes existem em todos os municípios do país. A participação social foi reivindicada pelo Movimento Sanitário, sob a argumentação da saúde como uma questão para a democracia. No entanto, são muitos os desafios para o aperfeiçoamento deste processo, com destaque para a necessidade de ampliar a cultura participativa, a consciência sanitária e, do ponto de vista operacional, a instituição de mecanismos de gestão desses processos nas instituições do SUS. Referente aos dois desafios iniciais, a representatividade dos conselheiros em relação aos seus grupos sociais de origem e a responsabilidade com a defesa da saúde como um bem coletivo devem necessariamente ser considerados como fundamentais nos processos de formação.

Diante desta situação, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e apoiando ações de formação de conselheiros e lideranças sociais, sob orientação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Desde a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, esse processo de formação de conselheiros tem se concretizado por meio de convênios firmados com diversas instituições da sociedade civil e acadêmicas, incluindo as escolas do SUS. A partir de 2007 essa iniciativa passou a contar com repasses fundo a fundo, garantindo que todos os estados e alguns municípios executem ações de formação de conselheiros e lideranças sociais que atuam no âmbito da saúde.



Para saber mais:

No desenvolvimento de processos de educação permanente é importante a compreensão de que nestes espaços de participação social circulam atores que representam interesses distintos, agem segundo motivações diversas e se movimentam em direção à realização de projetos políticos, muitas vezes, de caráter particular e corporativo. Entretanto, é no cenário de diversidade e disputas que os Conselhos de Saúde devem cumprir seu papel na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Todos os estados brasileiros recebem do MS apoio técnico e recursos fundo a fundo para a implementação da ParticipaSUS

VOCÊ SABIA?

- As instituições do SUS - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - tem entre suas responsabilidades fomentar, apoiar e realizar ações de educação permanente para conselheiros de saúde.

- Nos últimos anos, mais de 57 mil conselheiros de saúde já passaram por alguma atividade de formação. A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social está disponível no endereço eletrônico www.conselho.saude.gov.br



ParticipanetSUS

O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep) do MS, como órgão de gestão e apoio aos processos de participação social no Sistema Único de Saúde, vem implantando o ParticipanetSUS. Esse sistema fornece informações e indicadores preciosos para o planejamento e a execução de ações para o fortalecimento dos conselhos de saúde.

O ParticipanetSUS permite a transparência a cerca da situação dos conselhos, tanto nos aspectos de seu funcionamento quanto nas práticas e negociações políticas que realizam no papel que lhes é atribuído no processo de gestão. O sistema conta com o apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

O software, desenvolvido em parceria com o DATASUS, permite atualização permanente dos dados e a construção de séries históricas, o que dará a dimensão da evolução dos Conselhos de Saúde. O uso desse sistema permitirá análises municipais e também de forma comparativa, agregada por região, por estado, por macro região ou nacional.

Para saber mais:

A implantação do ParticipanetSUS requer compromisso das secretarias estaduais e municipais de Saúde e dos seus respectivos Conselhos. É necessário que a alimentação e atualização anual dos dados sejam compreendidas como uma estratégia de qualificação da gestão do SUS. Leia mais sobre o ParticipanetSUS em www.saude.gov.br/sgep

Todos os Conselhos de Saúde deverão confirmar ao ParticipanetSUS as informações fornecidas pela instituição gestora

Práticas educativas nos serviços de saúde

A saúde dá sentido ao viver humano. Para ter saúde é necessário a atuação do governo, da sociedade e dos indivíduos. Cada pessoa pode fazer muito pela sua saúde e os serviços de saúde podem ajudar bastante nisso. A educação para a saúde deve ser praticada diariamente e com todos os usuários do SUS. É por meio dessas práticas educativas que as pessoas adquirem informações e atitudes para as mudanças que produzem mais saúde para si e para suas coletividades. As práticas educativas devem promover a autonomia das pessoas e expandir a sua capacidade crítica que propiciará ter mais poder nas relações sociais.

Nesse sentido, o Dagep vem desenvolvendo um conjunto de atividades que envolve todas as esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras de trabalhadores da saúde, incentivando a implementação e a qualificação das práticas dos serviços, destinadas à educação dos usuários em saúde. O objetivo é de que as práticas educativas em saúde sejam capazes de introduzir incentivos para as mudanças de hábitos e atitudes e que também resultem em ações criativas e inovadoras, fortalecendo o diálogo entre os serviços de saúde e os usuários.

A realização de práticas educativas pelos serviços de saúde no SUS confere e marca a diferença entre os serviços que atendem à doença e aqueles que promovem a saúde

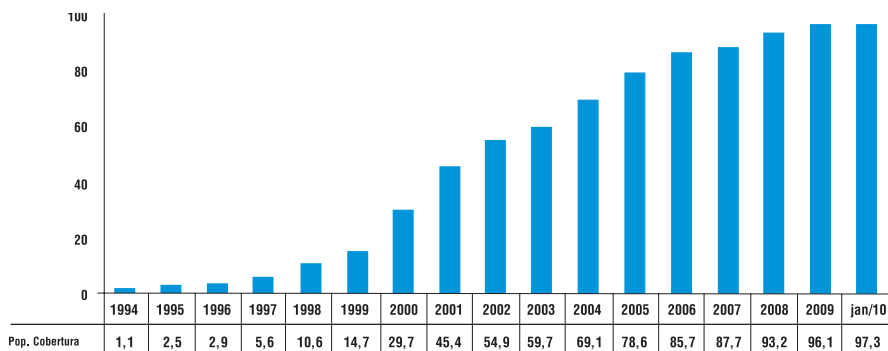
Muitos profissionais das secretarias de Saúde estaduais e municipais estão estimulados pelo 'renascimento' das práticas educativas como rotina do cuidado à saúde na Rede SUS. Isso fica evidente nos seminários nacionais, regionais e nas iniciativas que incluem as práticas educativas nos Planos de Saúde dos estados e municípios. Agora, com a orientação clara que foi legitimada pela participação de todas as instâncias de gestão do SUS, é hora de treinar profissionais e construir materiais pedagógicos de apoio que consolidem a vocação do SUS na formação para a cidadania e a saúde.

SAÚDE DA FAMÍLIA

Considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, a estratégia Saúde da Família (SF) caracteriza-se pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária. Engloba ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Por isso, vem demonstrando ser um modelo de atenção importante na resolução dos principais problemas de saúde da população brasileira.

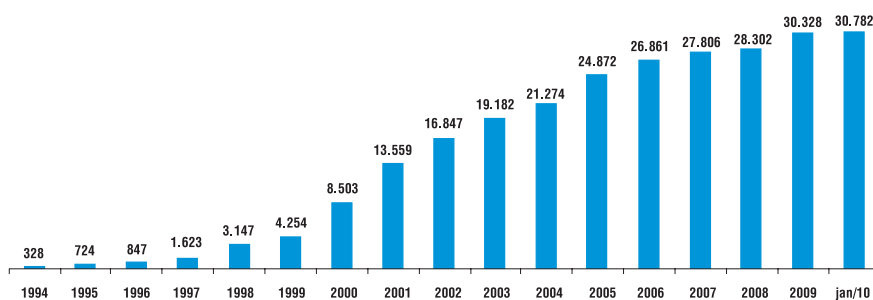


População brasileira, em milhões, coberta por equipes de Saúde da Família



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB
Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - SCNE

Número de equipes de Saúde da Família no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB

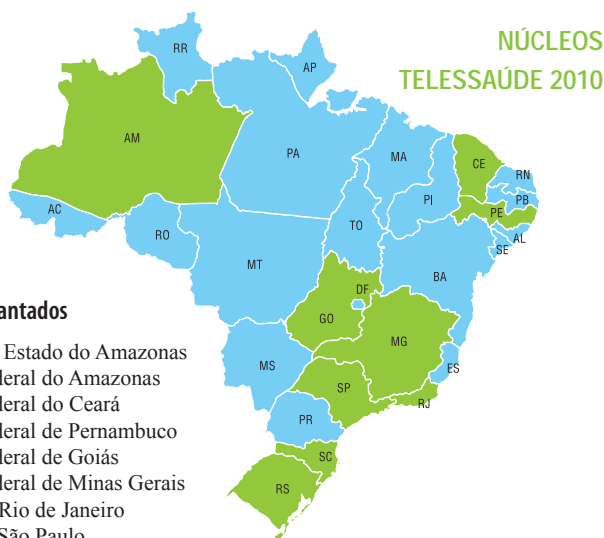
VOCÊ SABIA?

- Os projetos Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb) são ferramentas para o fortalecimento da capacidade municipal de avaliação e planejamento em saúde. Para saber mais acesse www.saude.gov.br/amq e www.saude.gov.br/dab

- Teve início em dezembro de 2009 a segunda fase do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). A iniciativa tem como principal objetivo apoiar a expansão da cobertura e qualificação da Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes, mediante transferência de recursos financeiros. A primeira fase do Proesf foi concluída em 2007, com a participação efetiva de todos os estados, o Distrito Federal e 187 municípios.



Estudo realizado em 2008 mostrou que a expansão da Saúde da Família assegura à população brasileira equidade no acesso aos serviços primários de saúde. Os municípios com renda mais baixa e menor porte populacional apresentaram coberturas de SF mais altas que os municípios de renda mais elevada e com maior número de habitantes.



● Núcleos implantados

Universidade do Estado do Amazonas
Universidade Federal do Amazonas
Universidade Federal do Ceará
Universidade Federal de Pernambuco
Universidade Federal de Goiás
Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade do Rio de Janeiro
Universidade de São Paulo
Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Qualificando os trabalhadores

O Ministério da Saúde tem investido em programas para enfrentar o desafio de qualificar e fortalecer a Atenção Primária. A formação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde são de fundamental importância para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população. São alguns exemplos desta iniciativa o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Saúde da Família), a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS) e o Projeto Nacional de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica.

Para saber mais:

- O PET-Saúde tem o objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da estratégia Saúde da Família. Já foram pagas 63.027 bolsas referentes às atividades desenvolvidas entre os meses de abril de 2009 e fevereiro de 2010. Para este ano e o seguinte já foram aprovados 111 projetos. Leia mais no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sgtes/petsaude

- O Projeto Nacional de Telessaúde em Apoio à Atenção Básica utiliza modernas tecnologias de informação e comunicação para qualificar as equipes de Saúde da Família. A proposta de expansão desta iniciativa prevê a implantação de pelo menos um núcleo em cada estado do Brasil, para que se possa alcançar uma cobertura de forma sustentada. Saiba mais acessando www.saude.gov.br/sgtes

- A UnA-SUS oferece cursos de especialização em Saúde da Família, na modalidade educação à distância, para os médicos, dentistas e enfermeiros. Para saber mais acesse www.saude.gov.br/sgtes

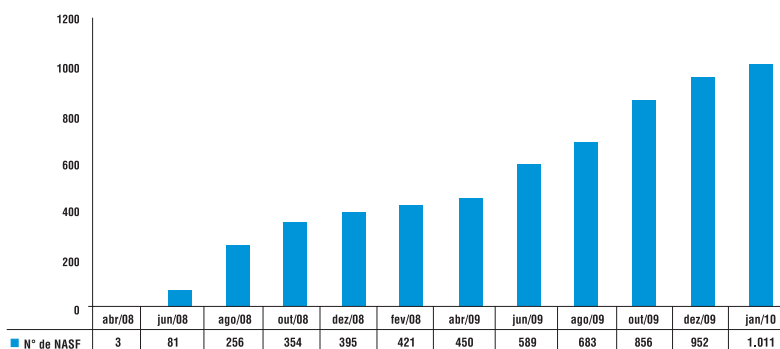
Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) representam uma importante conquista da Atenção Primária, pois atuam na ampliação das ações, da capacidade resolutiva e da qualidade da estratégia Saúde da Família. Não se constituem como porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, mas sim como apoio ao trabalho das equipes de SF, compartilhando práticas, atuando no território, contribuindo com um olhar diferenciado sobre as pessoas e a comunidade e ampliando as ações de saúde locais.

Algumas áreas são consideradas estratégicas nas ações dos NASF: práticas corporais/atividade física, alimentação e nutrição, práticas integrativas e complementares, reabilitação/saúde do idoso, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, da mulher e assistência farmacêutica.

As diferentes formas de sofrimento psíquico são uma importante causa da perda de qualidade de vida. A realidade dos profissionais de Saúde da Família demonstra que, cotidianamente, eles se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes referiram realizar alguma ação nesse sentido (OPAS/MS, 2002). Para o melhor manejo da saúde mental na Atenção Primária propõe-se um trabalho compartilhado e de suporte às equipes de SF, através do apoio que pode ser desenvolvido pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Evolução do Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados
Brasil - 2008 - Janeiro/2010



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde - CNE



VOCÊ SABIA?

Os NASF, junto com as equipes de Saúde da Família e outros setores, podem promover uma série de ações em prol da comunidade: estimular o consumo de alimentos saudáveis produzidos regionalmente, apoiar as ações de incentivo à prática de atividade física e lazer e auxiliar nas ações de prevenção da violência e de redução de danos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.



Territórios da Cidadania

Lançado em 2008 pelo Governo Federal, o programa Territórios da Cidadania objetiva promover e acelerar a superação da pobreza e das desigualdades sociais no meio rural, inclusive as de gênero, raça e etnia. Este trabalho se dá por meio de estratégias de desenvolvimento territorial sustentável. Atualmente existem 120 territórios que agrupam um total de 1.852 municípios, selecionados conforme critérios sociais, culturais, geográficos e econômicos.

Dentre as 183 ações executadas pelos 17 ministérios e Casa Civil, o MS financia e apoia a ampliação do acesso da população à Atenção Básica, através das estratégias de Saúde da Família, Saúde Bucal (SB), Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e NASF.

Para saber mais:

Mais de 30% dos municípios brasileiros estão sendo beneficiados pelo programa Territórios da Cidadania. O índice assegura uma cobertura de 42,4 milhões de pessoas, dentre elas agricultores, famílias assentadas da reforma agrária, pescadores, comunidades quilombolas, população indígena e outros. Leia mais sobre esta iniciativa no endereço eletrônico <http://www.territoriosdacidadania.gov.br>

Recursos Financeiros e número de equipes e agentes comunitários implantados nos Territórios da Cidadania. Brasil, 2008-2009

Ação	2008		2009	
	Meta física	R\$	Meta física	R\$
ESF	5.420	610.515.000,00	9.653	852.773.200,00
SB	3.762	136.906.500,00	6.832	193.556.000,00
NASF	-	-	365	51.482.000,00
EACS	46.200	401.580.228,00	81.250	589.907.864,00

Fonte: <http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotrn/clubs/territoriosrurais/one-community>



Práticas Integrativas e Complementares no SUS

A homeopatia, plantas medicinais, fitoterápicos e a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - acupuntura, moxa, ventosa, práticas corporais e mentais - são importantes instrumentos na prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde. O acesso a essas práticas na rede pública, voltadas ao cuidado contínuo, humanizado e integral, ocorre preferencialmente na atenção básica, pelas equipes de Saúde da Família e pelos NASF.

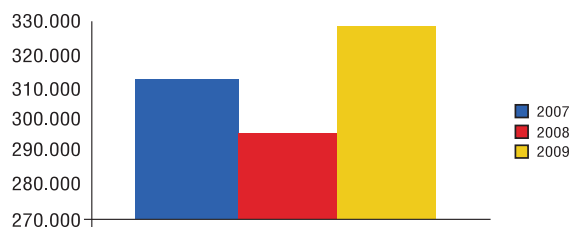
De 2007 a 2009, em todas as regiões do país, o número de procedimentos de acupuntura com inserção de agulhas aumentou 2,3 vezes

Sessão de Acupuntura - Inserção de Agulhas
Quantidade apresentada



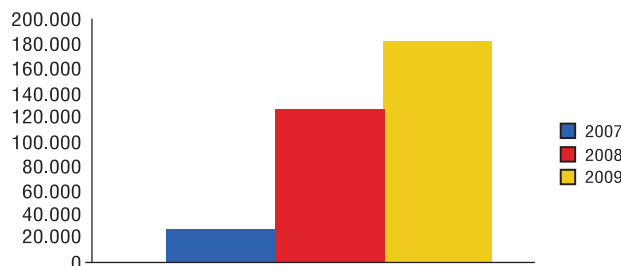
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Fevereiro 2010.

Consultas em Homeopatia
Quantidade apresentada



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Fevereiro 2010.

Práticas Corporais da MTC
Quantidade apresentada



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), Fevereiro 2010.

Em todo país, 350 municípios já desenvolvem alguma ação na área de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

VOCÊ SABIA?

- A publicação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos aconteceu no ano de 2006, e em 2009 já existiam disponíveis no SUS oito fitoterápicos, além dos medicamentos da farmacopéia homeopática brasileira.

- Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 apontou que as Práticas Integrativas e Complementares estavam presentes em mais de 450 municípios brasileiros.

- Em 2004, apenas 12 municípios brasileiros dispunham de algum ato ou lei relativos às Práticas Integrativas e Complementares. No ano de 2008 esse número alcançou 1.340 municípios.

- Os estados do Espírito Santo e de Minas Gerais já possuem política estadual para as Práticas Integrativas e Complementares.

O número de consultas médicas homeopáticas também cresceu de 312.533 em 2007, para 327.744 em 2009

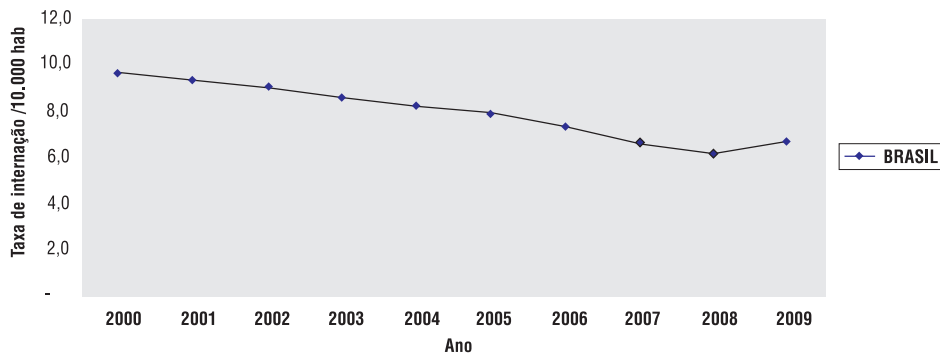


HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

No Brasil, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. No mundo inteiro, a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias - altos níveis de gordura no sangue.

Ambos são indicadores do Pacto Pela Vida, e a leitura dos índices relativos a eles deve considerar a possibilidade de vazios assistenciais e os determinantes sociais envolvidos na produção do problema. Os processos históricos e sociais do último século desencadearam na sociedade transições demográfica, nutricional e epidemiológica que levam a hipertensão e o diabetes a assumirem um papel crescente e preocupante.

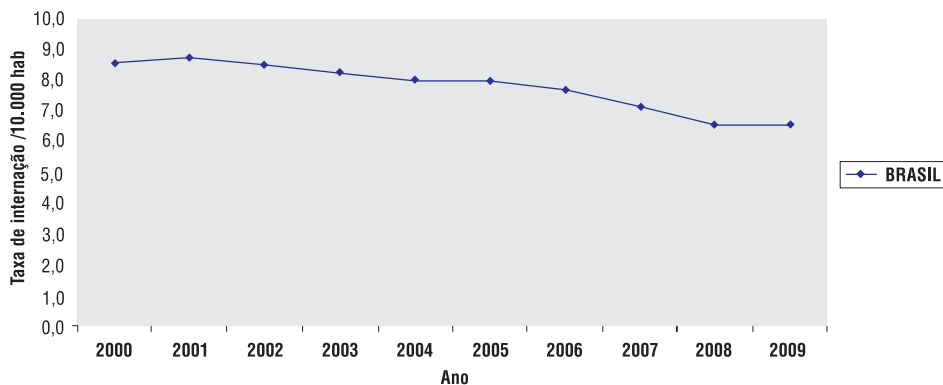
Evolução da Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na População entre 30 e 59 anos. Brasil, 2000 / 2009



Fonte: SIH (dados preliminares 2009) e IBGE



Evolução da Taxa de Internações por Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações na População de 30 e 59 anos. Brasil, 2000 / 2009



Fonte: SIH (dados preliminares 2009) e IBGE



Hipertensão arterial

Os mais importantes fatores causais da hipertensão incluem o excesso de peso, consumo excessivo de sódio na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio, e a prevalência de ingestão de álcool em excesso. Mesmo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas.

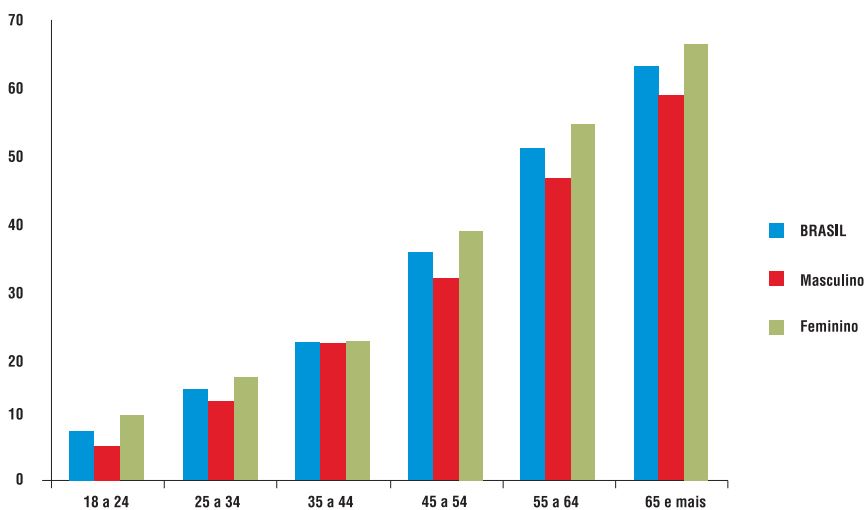


Estima-se que 40% dos AVC e 25% dos infartos em hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia adequada

VIGITEL

Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde realiza anualmente o inquérito telefônico para a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL). Em 2009 o inquérito detectou as seguintes prevalências de hipertensão: 24,4% na população adulta de 18 anos e mais, chegando a 63,2% na população maior de 65 anos.

Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade. VIGITEL, 2009



VOCÊ SABIA?

Uma parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa. A doença é extremamente comum nos diabéticos, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Fonte: SVS, SGEPE e Vigitel/2009



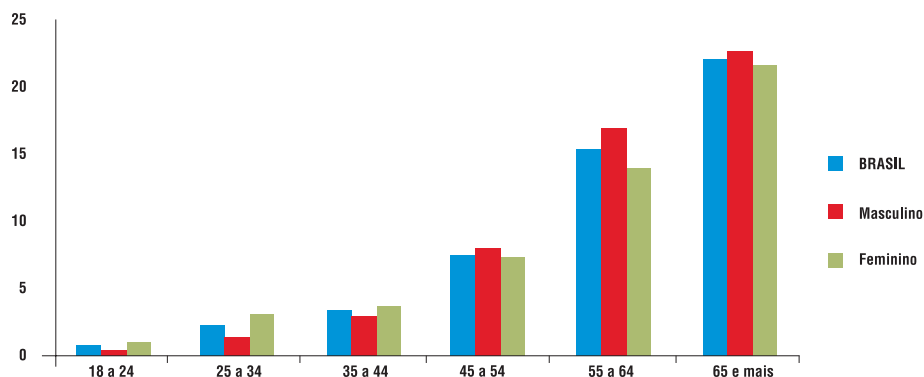
Diabetes

O diabetes mellitus representa hoje uma epidemia mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos - muitos deles sem diagnóstico. A doença pode começar a afetar o organismo dez anos antes de o paciente desconfiar dos sintomas. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento de prevalência do diabetes.

A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade, devido ao tratamento e às complicações desencadeadas pelo diabetes, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores. Tudo pode ser evitado ou minorado com diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado.

Segundo dados do VIGITEL em 2009, 5,8% da população brasileira com 18 anos ou mais afirma ter diabetes

Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes no conjunto das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade. VIGITEL, 2009



Fonte: SVS, SGEP e Vigitel/2009

VOCÊ SABIA?

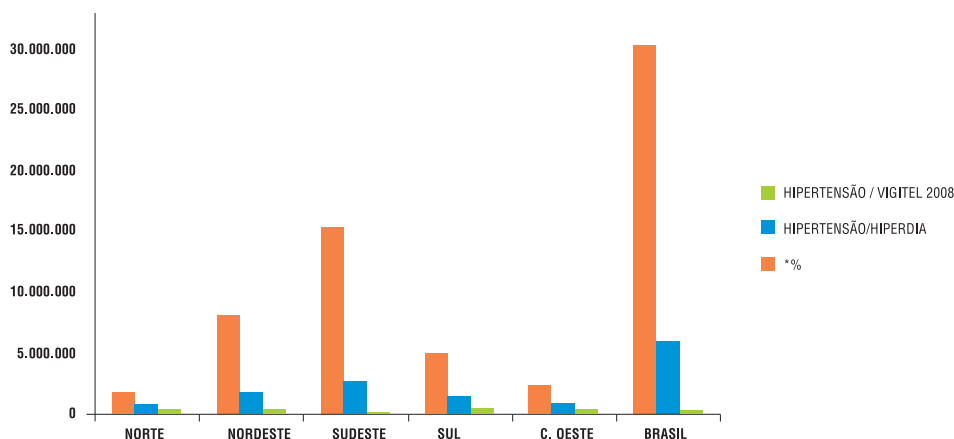
As mulheres referiram maior prevalência de diabetes diagnosticado. No entanto, acredita-se que este indicador está diretamente associado à maior procura dos serviços de saúde por parte das pessoas do sexo feminino.



Cobertura de cadastro no SIS-Hiperdia

O Sistema de Informações de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HiperDia) permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e diabetes vinculados às unidades básicas do SUS. As informações do sistema são de extrema importância para a Vigilância em Saúde e para os profissionais da rede básica e gestores do SUS, no enfrentamento destas doenças.

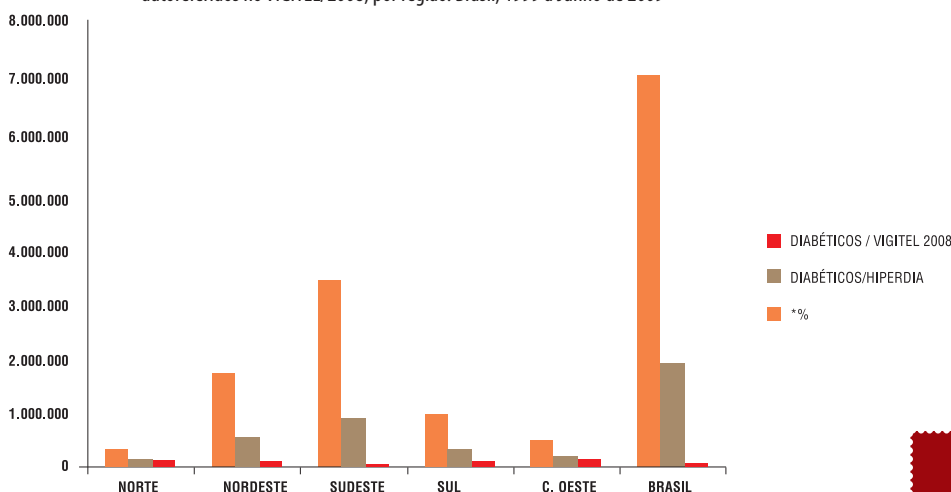
% de hipertensos cadastrados no Sistema HiperDia, em comparação com os hipertensos autoreferidos no VIGITEL/2008, por região. Brasil, 1999 a junho de 2009



	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C. OESTE	BRASIL
HIPERTENSÃO / VIGITEL 2008	1.641.416	7.957.094	15.354.629	4.651.953	1.984.034	31.589.128
HIPERTENSÃO/HIPERDIA	328.666	1.588.700	2.311.400	1.046.063	400.969	5.675.798
*%	20,0	20,0	15,1	22,5	20,2	18,0

Fonte: SIS-HiperDia/VIGITEL

% de diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia, em comparação com os diabéticos autoreferidos no VIGITEL/2008, por região. Brasil, 1999 a Junho de 2009



	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C OESTE	BRASIL
DIABÉTICOS / VIGITEL 2008	369.737	1.741.350	3.537.687	1.046.650	407.953	7.103.377
DIABÉTICOS/HIPERDIA	119.934	502.648	906.294	324.531	137.378	1.990.785
*%	32,4	28,9	25,6	31,0	33,7	28,0

Fonte: SIS-HiperDia/VIGITEL

Para saber mais:
 Veja outras informações
 sobre o sistema no endereço
<http://hiperdia.datasus.gov.br/>



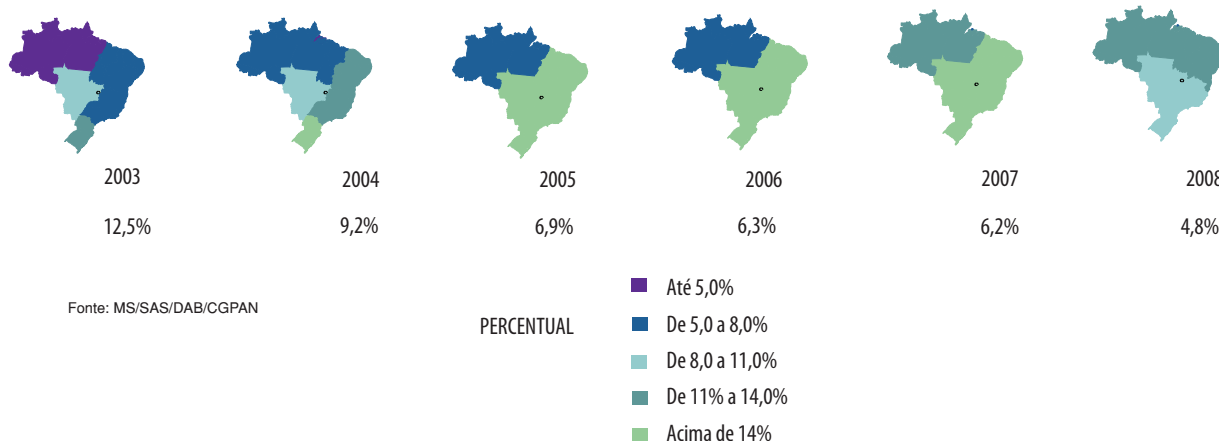
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição é implementada na atenção primária à saúde por meio de uma série de ações que visam a garantia do direito humano à alimentação adequada, agregando a vigilância alimentar e nutricional da população, a suplementação de micronutrientes e a promoção de práticas alimentares saudáveis.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) é o instrumento de diagnóstico alimentar e nutricional da população utilizado pelas equipes de Saúde da Família. Em 2009, foram registrados quase 19 milhões de acompanhamentos nutricionais e 425 mil acompanhamentos de consumo alimentar. Os resultados dos inquéritos confirmaram as tendências de redução da desnutrição infantil e aumento do excesso de peso e obesidade em adolescentes e adultos.



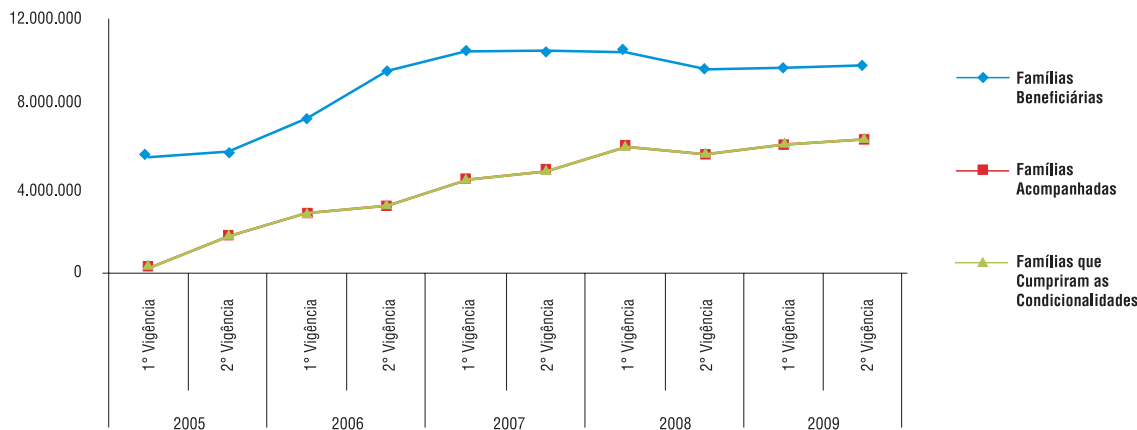
Evolução do baixo peso para idade em crianças menores de 5 anos. Sisvan, Brasil, 2003 a 2008



As ações de alimentação e nutrição alcançam todos os municípios do Brasil

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família, que corresponde a um dos indicadores do Pacto pela Saúde e importante responsabilidade intersetorial, apresenta constante crescimento. Ao final de 2009, por exemplo, atingiu 64,5% do público, algo em torno de 6,3 milhões de famílias.

Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Brasil, 2005 a 2009



Fonte: DATASUS

A anemia e a hipovitaminose A - falta de vitamina A no organismo - correspondem a importantes problemas de saúde pública no país. A anemia atinge 20,9% das crianças e 29,4% das mulheres com idade de 15 a 49 anos. Já a hipovitaminose A atinge 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres. Os programas de Suplementação de Ferro e Vitamina A trabalham a prevenção destas carências no Brasil.

A suplementação de ferro, iniciativa de abrangência nacional, alcançou em 2009 mais de 600 mil crianças com idade entre 6 e 18 meses de vida. No mesmo período, a suplementação de vitamina A, implementada nas regiões Nordeste e Norte de Minas Gerais e São Paulo, alcançou mais de 2,7 milhões de crianças de 6 meses a 4 anos e 11 meses.

VOCÊ SABIA?

- Por meio do Fundo de Alimentação e Nutrição, o Ministério da Saúde destinou em 2009 mais de R\$ 8 milhões para Estados e municípios com mais de 150 mil habitantes. A transferência fundo a fundo é importante para estruturar e qualificar a implementação das ações nessa área.

- Mais de 99% das famílias beneficiárias do programa Bolsa Família cumprem a agenda de condicionalidades de saúde, que inclui o cumprimento do calendário vacinal e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças e do pré-natal para gestantes.

Transição nutricional

A transição nutricional é caracterizada pela coexistência, nas mesmas comunidades ou inclusive no mesmo domicílio, de aspectos relacionados ao déficit nutricional, como a desnutrição e a deficiência de micronutrientes, e de fatores associados ao excesso de peso, como a obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis.

No período de 1996 a 2006, tanto a desnutrição energético-proteica (déficit de peso para idade) quanto a desnutrição crônica (déficit de altura para idade) reduziram-se à metade ou menos. Estudos recentes apontam que as principais causas para este declínio foram o aumento da educação materna, o crescimento do poder aquisitivo das famílias, a expansão da assistência à saúde e a melhoria das condições de saneamento.



VOCÊ SABIA?

- O baixo peso entre crianças menores de cinco anos corresponde a um dos indicadores firmados no Pacto pela Saúde. A redução de sua prevalência é uma das metas do milênio estabelecidas pelas Nações Unidas.

- Mantendo-se a velocidade de redução das últimas décadas, a desnutrição infantil deixará de representar um problema de saúde pública nos próximos 10 anos.

- Crianças com déficit de altura têm maior risco de apresentarem excesso de peso e de desenvolverem doenças crônicas na vida adulta.

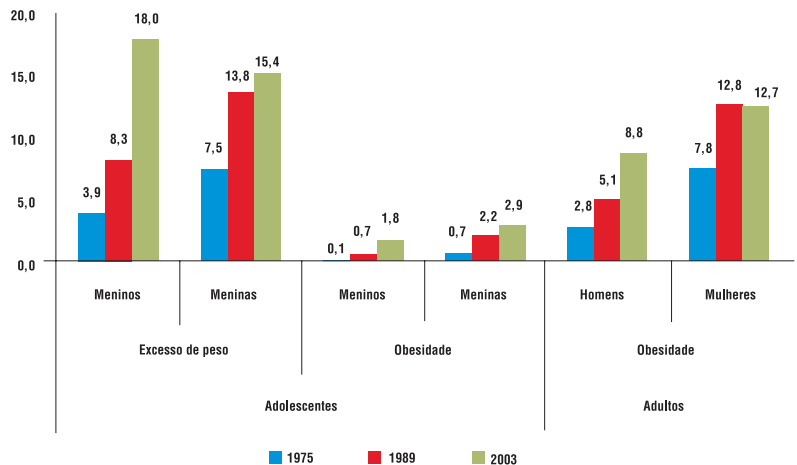
- Mesmo nas famílias carentes, tem sido observado aumento do excesso de peso em adultos, principalmente nas mulheres.



Enquanto a desnutrição tem diminuído de forma expressiva no Brasil, aumenta a prevalência de excesso de peso e obesidade na população

A epidemia mundial da obesidade já se manifesta na população brasileira em ambos os sexos, e não apenas nos adultos, mas também entre os adolescentes. Esta situação é condizente com a manifestação cada vez mais precoce de doenças crônicas nessa fase da vida, como o diabetes, a hipertensão e as dislipidemias - aumento anormal da taxa de lipídios no sangue. Além disso, aponta para prevalências ainda maiores de excesso de peso e obesidade em adultos no futuro próximo, o que envolve um grande impacto em saúde pública. A ocorrência da obesidade na adolescência e na vida adulta tem sido associada ao sedentarismo e à adoção de dietas ricas em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação de frutas e hortaliças.

Evolução do excesso de peso e obesidade em adolescentes e adultos



Fonte: ENDEF 1965/ PNSN 1989/ POF 2003

Para saber mais:

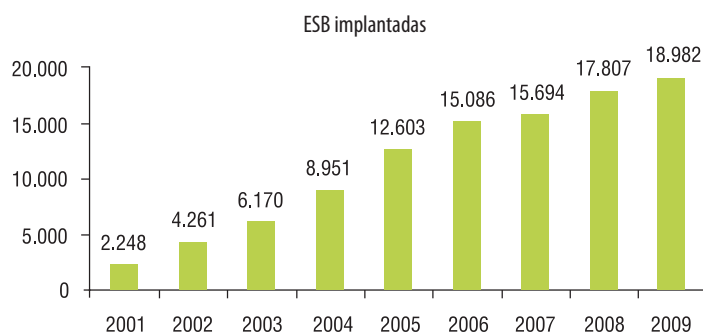
Conheça melhor o perfil nutricional da população brasileira e as ações de combate à desnutrição e excesso de peso na população. Acesse www.saude.gov.br/nutricao

SAÚDE BUCAL

Desde 2003, com o aumento significativo de recursos para as ações de saúde bucal na estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde passou a financiar equipes de saúde bucal vinculadas a apenas uma equipe de SF. Atualmente, são quase 19 mil equipes de saúde bucal presentes em 4.717 municípios, cobrindo 131 milhões de pessoas.

Nos últimos anos também foram criados 832 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), visando garantir o direito de acesso a procedimentos mais complexos e o atendimento a pacientes com necessidades especiais, promovendo assim a integralidade na assistência. Somam-se ainda a estes centros 327 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Todos esses investimentos são de extrema importância, sobretudo num país com 10 milhões de pessoas sem dentes nem próteses, e que registra mais de 3,5 mil óbitos anuais por câncer de boca, resultados de um setor público que durante séculos foi omissivo ou limitou-se a práticas mutilatórias.



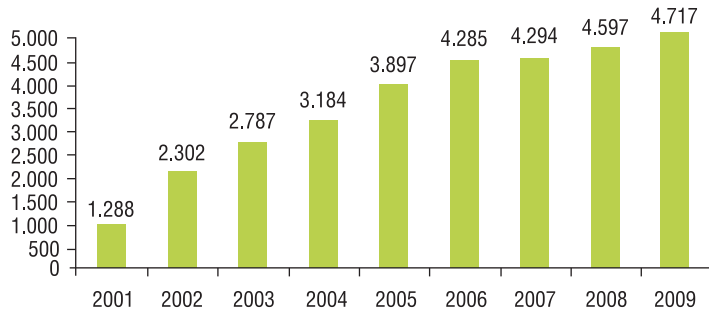
Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil. Dezembro de 2009

VOCÊ SABIA?

- Desde outubro de 2009, o Ministério da Saúde firmou o compromisso de doar um equipamento odontológico a cada nova Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada.
- Entre 2008 e 2009 foram distribuídos mais de 72 milhões de kits de saúde bucal - compostos por escova e creme dental - para o trabalho das ESB e para o Programa Saúde na Escola.
- O Ministério da Saúde dobrou os valores para o financiamento das próteses totais e Próteses parciais removíveis e incluiu o financiamento das próteses coronárias/intraradiculares fixas e adesivas, para os laboratórios regularmente habilitados.

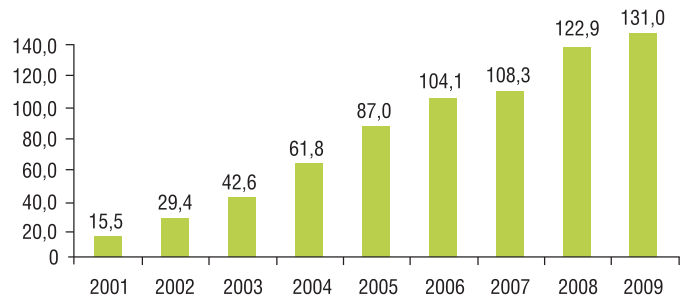


Número de municípios com ESB



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil. Dezembro de 2009

População coberta por ESB (milhões)



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil. Dezembro de 2009

A Política Nacional de Saúde Bucal preocupa-se com o excesso ou falta de flúor na água tratada. Ela monitora sua quantidade, tanto nas estações de tratamento como nas pontas de rede, onde a carência costuma ser maior.

Pesquisas mostram que a fluoretação da água potável pode reduzir em até 60% a incidência de cárie



SAMU 192

Lançado em setembro de 2003, inspirado no modelo francês, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) visa reduzir o número de mortes por acidentes e urgências, os períodos de internação e as sequelas por falta de socorro em tempo adequado. Para tal, o Serviço dispõe de equipes treinadas para realizar em tempo integral atendimento a urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, neonatais, cirúrgicas, obstétricas e de saúde mental.

O Samu está presente em 1.232 municípios brasileiros, em contínuo processo de crescimento. São 147 centrais de regulação, cobrindo 55% da população brasileira, o equivalente a 105.363.810 pessoas.

Para o ano de 2010, existem 44 centrais de regulação em expansão - nas quais serão agregados mais municípios em sua área de abrangência atual - e 53 centrais novas. Esse incremento representará a inclusão de mais 1.580 municípios na rede, tornando o serviço disponível e acessível para 143 milhões de pessoas. Até o final do ano, 75% da população estará coberta pelo Serviço.



O Samu cobre cidades com mais de 100 mil habitantes ou conjuntos de cidades que atingem essa população

Cobertura atual do Samu, segundo UF e número de Centrais médicas de Regulação. Fevereiro 2010

UF	Centrais (n°)	População coberta (%)
AC	2	100,00
AL	2	55,04
AM	1	51,24
AP	1	74,00
BA	15	43,09
CE	3	37,88
DF	1	100,00
ES	1	48,35
GO	9	92,13
MA	10	39,21
MG	15	39,26
MS	3	43,82
MT	3	43,53
PA	3	34,79
PB	5	48,17
PE	3	59,29
PI	5	46,49
PR	9	43,60
RJ	3	73,99
RN	2	49,61
RO	1	38,32
RR	1	63,32
RS	5	59,04
SC	8	100,00
SE	2	100,00
SP	31	57,82
TO	3	32,65

Fonte: MS/SAS/DAE

VOCÊ SABIA?

- Para implantar e manter um Samu, o Ministério da Saúde provê sua instalação - reformas, viaturas e equipamentos - e sustenta 50% do custo estimado de manutenção; a outra metade é compartilhada entre Estado e município.

- O sistema de comunicação das unidades móveis do Serviço permite o georreferenciamento do local exato de cada ocorrência - acidentes, por exemplo - gerando informações precisas para ações de prevenção.

- Para definir, monitorar, avaliar e controlar suas ações, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência prevê a instituição de Conselhos Gestores, com participação da sociedade civil, nas três esferas de governo.



SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

Desde a sua criação, em 1997, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) tem como prioridade a transparência e a equidade em todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro.

O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Conta com 459 estabelecimentos de saúde e dispõe de 1.096 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar transplantes.

Por intermédio das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), o Sistema Nacional está presente em 25 estados e no Distrito Federal. Foi criada também em 2000 a Central Nacional de Transplantes (CNT).

Para ser doador não precisa deixar nada por escrito, basta avisar a família o desejo de doar

Comparativo de transplantes realizados no ano de 2008 e 2009



Órgãos, Tecidos e Células	2008	2009	Cresc. %
Córnea	12.951	12.723	-1,76%
Medula	1.459	1.531	4,93%
Coração	210	210	-4,29%
Rim Falecido	2.018	2.532	25,47%
Rim Vivo	1.262	1.727	36,85%
Pulmão	55	59	7,27%
Fígado Falecido	1.048	1.201	15,70%
Fígado Vivo	124	121	-2,42%
Pâncrea / Rim pâncreas	180	158	-12,22%
Total	19.307	20.253	4,9%

Fonte: MS, SAS, DAE, SNT

Conheça as principais ações do Sistema Nacional de Transplantes:

- Garantir a inclusão em lista de espera a todos os candidatos a transplante de órgãos e tecidos;
- Incentivar a captação de órgãos e tecidos, junto à população e aos profissionais de saúde;
- Realizar os transplantes dentro de critérios estabelecidos, confiáveis e transparentes;
- Assegurar o acompanhamento pré e pós-transplantes e o fornecimento de toda a medicação imunossupressora.

Comparativo de transplantes realizados no ano de 2008 e 2009, considerando órgãos sólidos

Órgãos, Tecidos e Células	2008	2009	Cresc. %
Coração	210	210	-4,29%
Rim Falecido	2.018	2.532	25,47%
Rim Vivo	1.262	1.727	36,85%
Pulmão	55	59	7,27%
Fígado Falecido	1.048	1.201	15,70%
Fígado Vivo	124	121	-2,42%
Pâncrea / Rim pâncreas	180	158	-12,22%
Total	4.897	5.999	22,50%

Fonte: MS, SAS, DAE, SNT

Nota: Os números de transplantes intervivos em 2008 não condizem com todos os realizados naquele ano, uma vez que houve subnotificação ao MS

Número de Doações com Doadores Falecidos PMP*. Brasil, 2009

CNCDO	Morte Encefálica		Coração Parado
	Notificação	Doação	Doação
Acne	18,8	5,9	0,0
Alagoas	4,8	1,3	19,6
Amapá	0,0	0,0	0,0
Amazonas	0,0	0,0	24,2
Bahia	21,4	3,8	15,4
Ceará	34,4	11,2	40,9
Distrito Federal	57,9	11,9	254,7
Espírito Santo	42,4	10,8	49,6
Goiás	36,6	4,9	60,4
Maranhão	8,5	2,2	29,1
Mato Grosso	24,0	2,4	25,3
Mato Grosso do Sul	25,0	4,3	80,1
Minas Gerais	22,6	7,5	70,5
Pará	16,7	1,6	15,7
Paraíba	29,7	3,0	67,1
Paraná	36,5	8,6	119,1
Pernambuco	28,5	8,1	45,3
Piauí	2,9	2,3	26,1
Rio de Janeiro	32,7	4,4	12,6
Rio Grande do Norte	27,1	2,6	26,1
Rio Grande do Sul	32,4	11,3	83,3
Rondônia	0,0	0,0	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0
Santa Catarina	45,6	19,8	135,2
São Paulo	59,3	16,9	193,6
Sergipe	20,8	3,9	30,2
Tocantins	0,0	0,0	0,0
Total	33,5	8,7	83,5

Fonte: MS, SAS, DAE, SNT
Legenda: PMP (por milhão de população)**Para saber mais:**

Outras informações sobre transplantes e doação de órgãos podem ser obtidas no endereço eletrônico www.saude.gov.br/transplantes



ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) estima que, em 2010, ocorram 489.270 novos casos da doença no Brasil, incluindo-se 113.850 casos de câncer não melanótico de pele - de baixa complexidade.

Considerando que o câncer é um problema de saúde pública e visando à promoção do atendimento integral e integralizado aos usuários do SUS, o Ministério da Saúde publicou em 1998 a Portaria GM/MS nº 3.535, na qual se estabeleciam os critérios para a habilitação de hospitais como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), atualizados depois pela Portaria SAS nº 741, em 2005.

Atualmente, a alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica está composta por hospitais habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

Estes hospitais devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente, atuando no diagnóstico e tratamento. A assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

A mortalidade por câncer ocupa a segunda posição no Brasil, decorrente principalmente de cânceres de pulmão, estômago, intestino grosso, próstata e mama

Distribuição dos casos estimados de câncer. Brasil - 2010



Localização primária/ neoplasia maligna	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	0	52.350
Mama Feminina	0	49.240	49.240
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e Reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo do útero	0	18.430	18.430
Cavidade oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemias	5.240	4.340	9.580
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras Localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	182.830	192.590	375.420
Pele Não Melanoma	53.410	60.440	113.850
Todas as Neoplasias	236.240	253.030	489.270

Fonte: Inca/MS, 2010

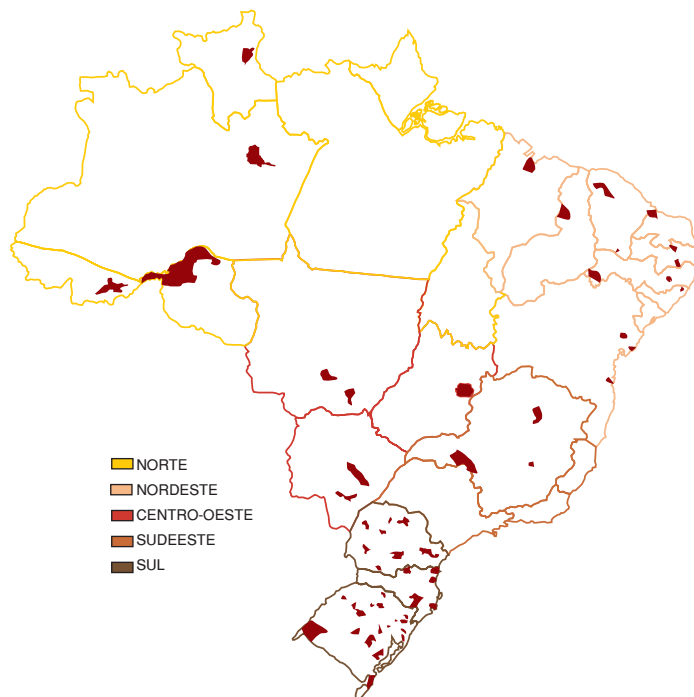
Distribuição regional dos hospitais e complexos hospitalares habilitados na alta complexidade em Oncologia. Brasil - 2009

REGIÃO	CACON	UNACON
CENTRO-OESTE	2	15
NORDESTE	8	34
NORTE	1	7
SUDESTE	21	99
SUL	9	53
Total Geral	41	208
TOTAL BRASIL		249

Fonte: CGMAC/DAE/SAS/MS - 2010



Distribuição regional dos hospitais e complexos hospitalares habilitados na alta complexidade em Oncologia. Brasil - 2009



Fonte: CGMAC/DAE/SAS/MS - 2010

VOCÊ SABIA?

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída em dezembro de 2005, pela Portaria GM/MS nº 2.439, com o objetivo de se adequar a prevenção e o tratamento dos pacientes com câncer às necessidades de cada região do Brasil. Com esta Política, criou-se uma Rede de Atenção Oncológica que interliga a atenção básica à de média e de alta complexidade, facilitando assim o acesso do público a todas as ações de controle do câncer.

A equalização da oferta de serviços especializados pode ser observada pelo aumento progressivo na produção e nas despesas federais com os procedimentos oncológicos. Aumento estes justificados também pela organização racional da alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica - baseada na necessidade e não na oferta de serviços -, com ampliação do número de hospitais habilitados e melhorias no acesso assistencial, no sistema de informações e na revisão e adequação dos procedimentos da Tabela SUS.



INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A insuficiência renal crônica (IRC) é o resultado das lesões renais irreversíveis e progressivas provocadas por doenças que tornam o rim incapaz de realizar suas funções. Como os rins têm capacidade de se adaptar à perda de sua função, os sinais importantes de falência renal aparecem somente nos estágios avançados de IRC. As causas mais comuns que levam à doença são hipertensão arterial, diabetes e glomerulonefrites - inflamação de estruturas renais microscópicas chamadas de glomérulos.

Percentual de pacientes em hemodiálise, por sexo e região. Brasil, 2009

Região	Feminino	Masculino
Centro - Oeste	41,13%	58,87%
Nordeste	39,89%	60,11%
Norte	40,96%	59,04%
Sudeste	41,93%	58,07%
Sul	41,77%	58,23%
Total geral	41,33%	58,67%

Fonte: SIA/MS/DATASUS



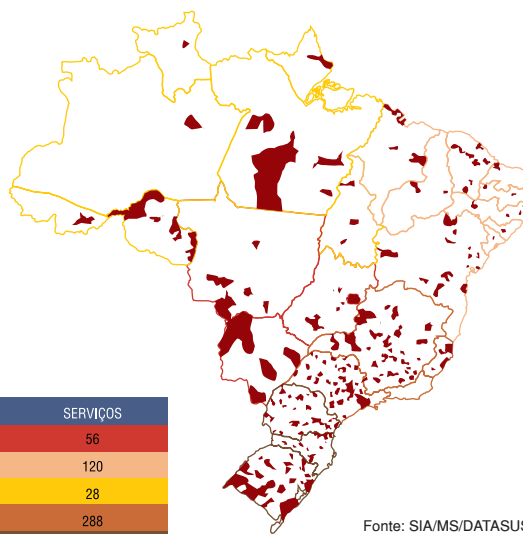
Do total de serviços de Nefrologia realizados em todo o país, 93% são financiados pelo Ministério da Saúde; outros 7% resultam de convênios e particulares

VOCÊ SABIA?

Com o serviço de Terapia Renal Substitutiva, o SUS tem prestado assistência integral aos portadores de IRC. São duas modalidades de assistência: hemodiálise e diálise peritoneal. Os atendimentos são realizados em serviços de nefrologia habilitados junto ao Ministério da Saúde, que contabiliza atualmente 632 unidades distribuídas em todo o país.

A maior parte dos pacientes em diálise situa-se na faixa etária de 51 a 65 anos. No entanto, 41% encontram-se na faixa etária de 21 a 50 anos, ou seja, a população economicamente ativa. Os pacientes com mais de 65 anos representam 21% do total.

Distribuição dos serviços de Nefrologia habilitados no SUS. Brasil, 2009



REGIÃO	SERVIÇOS
CENTRO-OESTE	56
NORDESTE	120
NORTE	28
SUDESTE	288
SUL	140
TOTAL	632

Fonte: SIA/MS/DATASUS

ATENÇÃO HEMOTERÁPICA

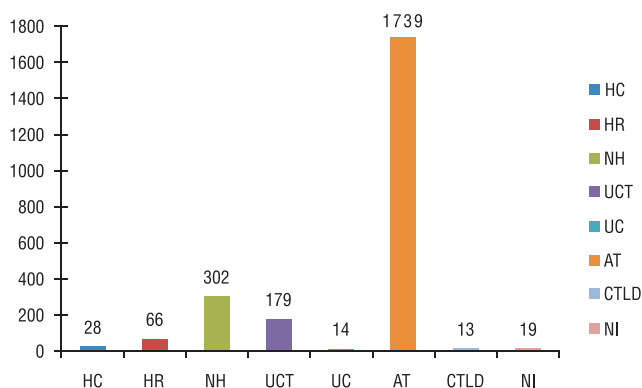
O SUS possui uma rede pública e conveniada de serviços de hemoterapia que dispõe de 2.360 unidades, composta por Hemocentros coordenadores, Hemocentros regionais, Núcleos de Hemoterapia, Unidades de Coleta e Transfusão, Unidades de Coleta, Centrais de Triagem e Agências Transfusionais. Essa rede é responsável pela captação de doadores de sangue e, por conseguinte, pela garantia da disponibilidade de estoques de hemocomponentes para transfusões nos serviços de saúde.

Taxa de Doação de Sangue, por região. Brasil, 2008

Região	Coleta	População IBGE	Taxa
Região Nordeste	757.808	53.088.499	1,40%
Região Norte	217.250	15.142.684	1,40%
Região Sudeste	1.525.736	80.187.717	1,90%
Região Centro-Oeste	318.022	13.695.944	2,30%
Região Sul	736.668	27.497.970	2,70%
Total	3.555.484	189.612.814	1,90%

Fonte: Ministério da Saúde/SAS, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Associação Brasileira de Bancos de Sangue e IBGE - Base demográfica - projeção intercensitárias.

Distribuição dos serviços de hemoterapia, por tipologia. Brasil, 2009



Fonte: ANVISA/GGSTO. Sistema Hemocad

Legenda: HC (Hemocentro Coordenador), HR (Hemocentro Regional), NH (Núcleo de Hemoterapia), UCT (Unidade de Coleta e Transfusão), UC (Unidade de Coleta), AT (Agência Transfusional), CTLD (Central de Triagem Laboratorial de Doadores) e NI (Não informado)

VOCÊ SABIA?

O incentivo à doação voluntária de sangue é um processo educacional permanente, cujo propósito é despertar na sociedade a consciência crítica da importância de sua participação para manter a quantidade e qualidade dos estoques hemoterápicos, garantindo assim o atendimento à demanda transfusional que existe no país.



ATENÇÃO HEMATOLÓGICA

Coagulopatias hereditárias

O SUS tem um dos maiores programas públicos de atenção às pessoas com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias do mundo. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição sistemática dos hemoderivados no país e pela dispensação de insumos aos Estados e Distrito Federal para atenção aos pacientes.

A implantação de um sistema informatizado via Internet - Hemovida Web Coagulopatias - permitiu um incremento de 35% no número de pacientes cadastrados. O sistema tem como objetivo manter um registro atualizado de dados sobre o diagnóstico, perfil sócio-demográfico, tratamento e o quantitativo de fatores de coagulação dispensados aos pacientes, proporcionando acesso democrático a cada um dos serviços de atendimento.

Prevalência das Coagulopatias hereditárias, por diagnóstico - Brasil, 2009

Diagnóstico	Pacientes	%
HEMOFILIA A	8502	56,5%
HEMOFILIA B	1598	10,6%
DOENÇA DE VON WILLEBRAND I/II/III	3951	26,3%
OUTRAS COAGULOPATIAS	994	6,6%
TOTAL	15045	100,0%

Fonte: Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, Sistema Hemovida Web Coagulopatias



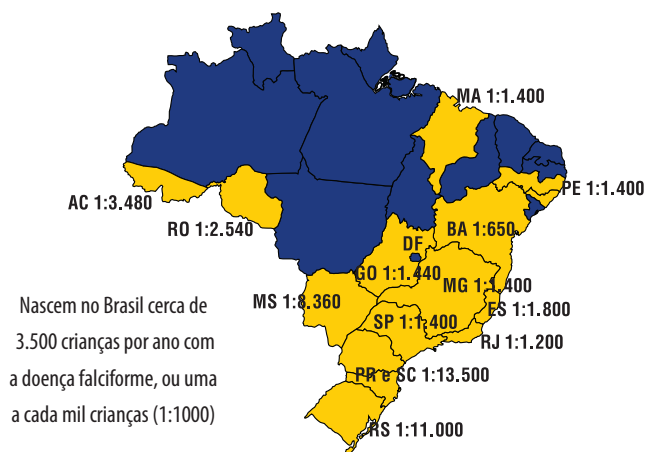
Doença falciforme

A doença falciforme é uma das patologias hereditárias mais comuns no Brasil e no mundo. É causada por uma mutação no gene (DNA) que, em vez de produzir hemoglobina A, produz uma hemoglobina chamada S. Se a pessoa recebe um gene do pai e outro da mãe, e ambos produzem a hemoglobina S, ela possui o padrão genético chamado SS, causador da doença. Essa mutação genética surgiu há muitos séculos na África e, por isso, a doença é muito presente no Brasil, cuja população tem em sua base de constituição os povos africanos.

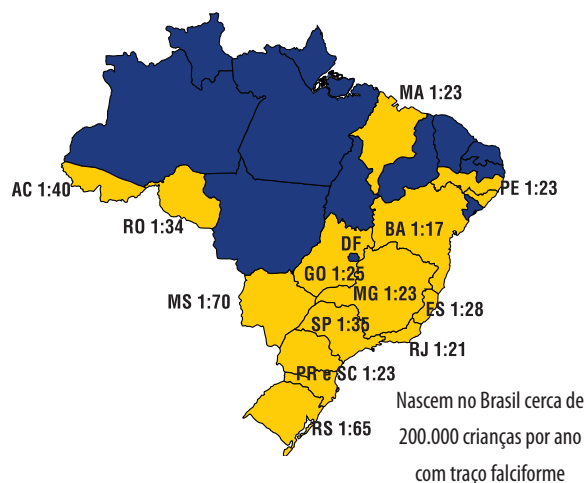
O ano de 2005 foi um marco na atenção às pessoas com doença falciforme no Brasil; ocasião em que foi publicada a Portaria que instituiu no SUS as diretrizes para a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias. A Política tem como objetivo promover uma mudança na história natural da doença, reduzindo a taxa de morbimortalidade, promovendo longevidade com qualidade de vida aos pacientes, orientando as pessoas com traço falciforme e informando a população em geral sobre o problema.

O Brasil apresenta-se como referência de modelo de atenção aos pacientes com doença falciforme. Por isso, tem realizado várias cooperações técnicas com os países africanos Senegal e Gana

Incidência de Doença Falciforme, Brasil, por UF, 2009



Incidência de Traço Falciforme, Brasil, por UF, 2009



Fonte: PNTN/MS

Nota: Pessoas portadoras do traço falciforme têm apenas um gene mutante, e não o par. Elas não apresentam sintomas, mas precisam de orientação, pois a procriação com outra pessoa portadora do traço pode gerar filhos com a doença

Fonte: PNTN/MS

VOCÊ SABIA?

- Para ser doador de sangue é preciso sentir-se bem, com saúde, ter entre 18 e 65 anos de idade, mais de 50 kg e apresentar documento com foto, válido em todo território nacional. As doações podem ser feitas nos postos fixos do Hemocentro de cada estado. Procure o serviço de hemoterapia de sua cidade e informe-se melhor.

- Todo sangue doado é separado em diferentes componentes - hemácias, plaquetas e plasma. Assim é possível beneficiar mais de uma pessoa com apenas uma bolsa de sangue coletada. Os componentes são distribuídos para os hospitais da cidade, com o intuito de atender aos casos de emergência e pacientes internados.



DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

As condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Os determinantes sociais da saúde (DSS) incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e têm relação direta com questões como habitação, saneamento, educação, serviços de saúde etc. São fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

O Brasil tem realizado pesquisas para identificar, conhecer e fornecer informações sobre os determinantes e condicionantes de saúde, as desigualdades, necessidades e o uso dos serviços de saúde na população. Esses estudos têm como objetivo orientar o desenvolvimento de ações de prevenção, avaliar o impacto das intervenções, subsidiar a formulação de políticas públicas e apoiar o planejamento em saúde e áreas afins.

Nesse sentido, o IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] realiza a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cuja cobertura abrange todo o território nacional. O estudo contempla temas como educação, trabalho, famílias, domicílios e rendimento, migração e características gerais da população, dentre outros, num instrumento valioso para a avaliação da realidade demográfica e socioeconômica do país.

Para combater as iniquidades de saúde devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população



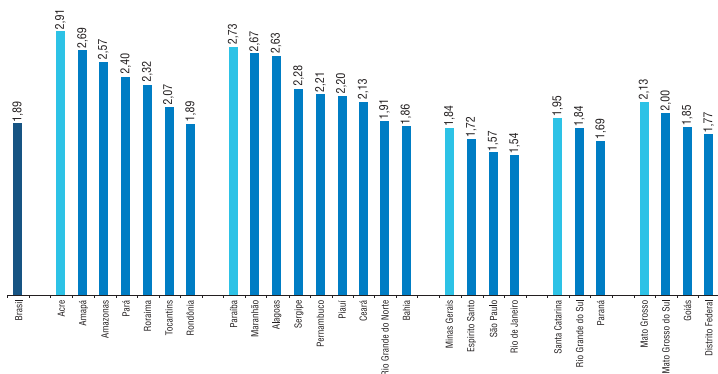
Fecundidade

A fecundidade, para o conjunto do país e para a maioria das regiões, mantém-se como fator demográfico fundamental para caracterizar a evolução da população brasileira. Em 2008, a taxa de fecundidade total - número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil - foi de 1,89 filho. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade, ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. Os níveis mais baixos da taxa de fecundidade se encontram nos estados da região Sudeste, sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo, com valores um pouco acima de 1,5 filho por mulher. O índice mais elevado foi registrado no Acre: 2,91 filhos por mulher.

Para saber mais:

Em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde [Commission on Social Determinants of Health - CSDH], com o objetivo de promover - em âmbito internacional - uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade de combater as iniquidades por eles geradas. Para saber mais a respeito do tema, acesse os seguintes endereços: <http://www.determinantes.fiocruz.br/> e http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf

Taxa de fecundidade total, segundo as Unidades da Federação - 2008

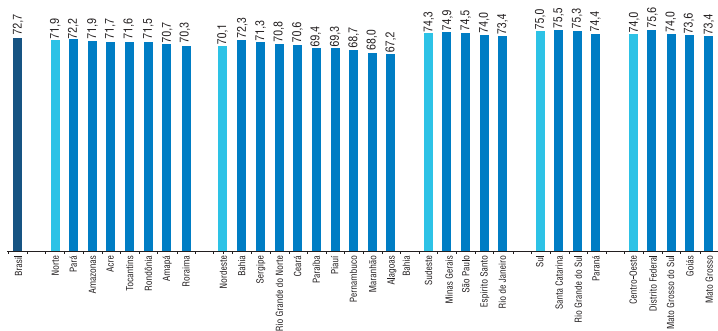


Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008

Expectativa de vida

O processo de redução dos níveis de mortalidade no Brasil está refletido adequadamente pela evolução da esperança de vida. De fato, a esperança média de vida ao nascer no país, em 2008, era de 73 anos de idade. A vida média ao nascer, entre 1998 e 2008, cresceu 3,3 anos, com as mulheres em situação bem mais favorável que a dos homens: de 73,6 para 76,8 anos, nas mulheres, e de 65,9 para 69,3 anos, no caso dos homens. Os desníveis regionais, embora tenham diminuído de intensidade, ainda persistem. A diferença absoluta dos valores das esperanças de vida entre o Distrito Federal e Alagoas, por exemplo, em 1998, era de 9,7 anos, enquanto, em 2008, decresceu para 8,4 anos.

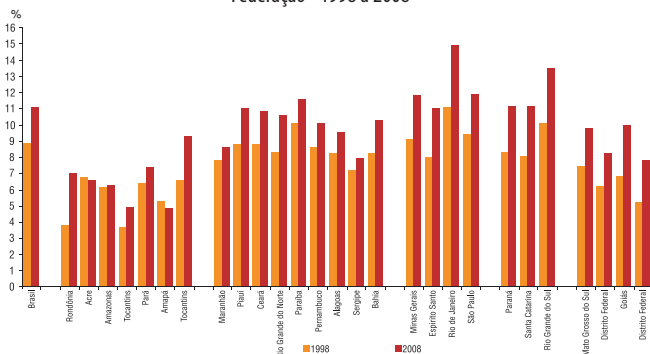
Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 2008



Fonte: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02). População e Desenvolvimento: Sistematiza-Fonte: Projeto UNFPA/BRASIL (BRA/02/P02) - População e Desenvolvimento - Sistematização das medidas e indicadores sócio-demográficos oriundos da Projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das Grandes Regiões e Unidades da Federação para o período 1991/2030.

A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. O Rio de Janeiro, com 14,9%, e o Rio Grande do Sul, com 13,5 %, continuam sendo os estados com maior proporção de idosos. Em 1998, eles eram, junto com a Paraíba, os únicos estados onde os idosos representavam mais de 10,0% da população. Atualmente, todos os estados do Sudeste e Sul, assim como a maioria do Nordeste, já alcançaram esta proporção.

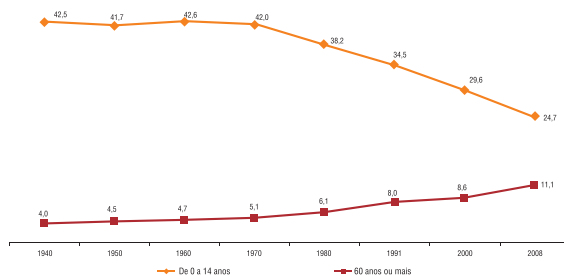
Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo as Unidades da Federação - 1998 a 2008



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998/2008.

Nota: 1998: Exclusiva a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

Proporção dos grupos etários de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais no total da população. Brasil - 1940 a 2008



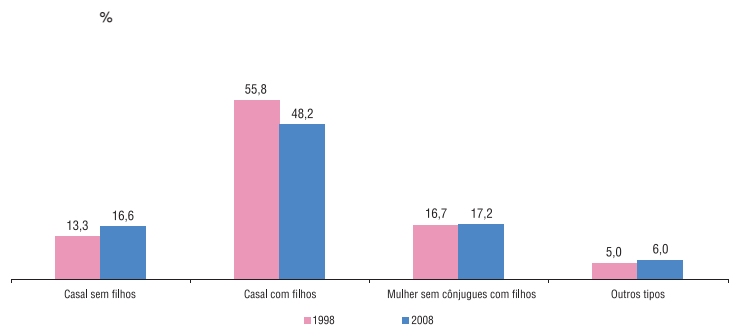
Fonte: Censo de 1940 a 2000, PNAD 2008



Organização familiar

A queda intensa da fecundidade ocorrida no Brasil ocasionou uma redução do número médio de pessoas por domicílio. Em 2008, este número era de 3,3 moradores por domicílio, enquanto em 1998 o índice atingiu 3,8. Dos arranjos familiares com parentesco, residentes em domicílios particulares, 48,2% são do tipo casal com filhos, cujo peso vem se reduzindo, principalmente, por causa da queda da fecundidade. Em 1998, este tipo atingia 55,8%. Já a proporção do tipo constituído por casal sem filhos cresceu, passando de 13,3% para 16,7%, em 2008.

Distribuição percentual dos arranjos familiares com parentesco residente em domicílios particulares, por tipo - Brasil - 1998 a 2008



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998/2008.

Emprego e renda

De janeiro de 2003 a fevereiro de 2010 foram criados 12.143.607 postos formais de trabalho, um aumento de 42% em relação ao total de empregos no final de 2002. Nas regiões metropolitanas a população ocupada cresceu 14% entre 2003 e 2009. A desocupada caiu 28,7%. O percentual das pessoas ocupadas que contribuíam para a previdência passou de 61,2% em 2003 para 66,8% em 2009, e o rendimento médio anual dos trabalhadores aumentou 14,3% em termos reais - descontada a inflação. Os dados são do Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (Caged) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

Para saber mais:

Leia a 'Síntese de Indicadores 2008' do IBGE e veja uma série de dados sobre educação, trabalho, famílias, domicílios e rendimentos da população brasileira. Acesse: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>

VOCÊ SABIA?

Morar sozinho é uma opção cada vez mais presente nas cidades modernas, especialmente naquelas mais desenvolvidas do continente europeu. No Brasil, esta tendência também está sendo verificada: entre 1998 e 2008, a proporção dos que viviam sozinhos passou de 8,4% para 11,6%.

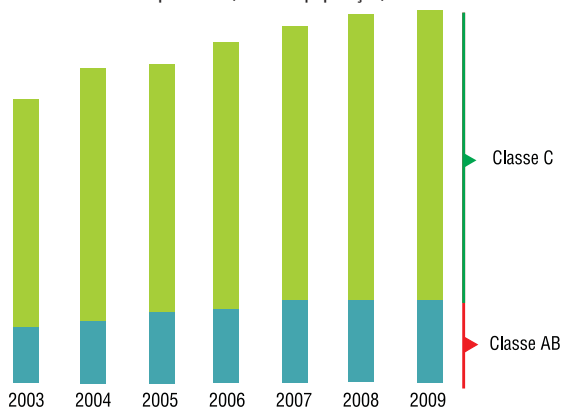


Em fevereiro de 2010 existiam 40,8 milhões de empregos no setor formal

Classes AB e C são quase 70% da população

- A participação da classe C passou de 43% em 2003 para 53,6% em 2009. Hoje é maioria da população.
- A classe AB também aumentou. Em 2003, sua participação era de 10,7%; em 2009, chegou a 15,6%.
- Em dezembro de 2009, as classes AB e C somavam 69,2% da população contra 69,1% em dezembro de 2008. Isso indica que não houve diminuição dos estratos de maior renda, mesmo durante o período da crise econômica internacional.
- O crescimento simultâneo do emprego formal e da renda e o crescimento econômico associado à redução das desigualdades contribuíram para a ascensão social no Brasil.
- Os dados constam de estudo da Fundação Getúlio Vargas, referentes ao mês de dezembro de cada ano, e têm como base a população das regiões metropolitanas.

Evolução da Participação das Classes de Renda AB e C nas Regiões Metropolitanas (em % da população)

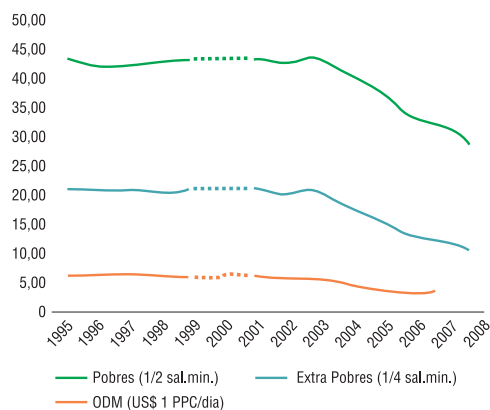


Fonte: FGV

A pobreza foi superada por 24,1 milhões de pessoas entre 2003 e 2008: de 77,8 milhões para 53,7 milhões. O percentual da população pobre caiu de 42,7% para 28,8%, segundo dados da PNAD. A pobreza é representada por pessoas com renda mensal per capita inferior a meio salário-mínimo.

Os programas de transferência de renda, o salário-mínimo e demais políticas sociais contribuíram para este resultado. Somente o Bolsa Família abrange mais de 12 milhões de famílias. O salário-mínimo teve reajuste nominal de 155% e aumento real - acima da inflação medida pelo IBGE - de 74%, entre janeiro de 2003 e fevereiro de 2005. O salário-mínimo é referência para piso de remuneração a todos os trabalhadores, aposentados e beneficiários do BPC [Benefício de Prestação Continuada].

Evolução da Pobreza no Brasil (em % da população)



Fonte: PNAD. Elaboração: Ipea

Obs.: a PNAD não foi elaborada em 2000 (ano censitário).

Estudos apontam que, no período de 2004 a 2006, o Bolsa Família foi responsável por 20% da queda da desigualdade de renda

VOCÊ SABIA?

- O programa Luz para Todos já atendeu 100 mil quilombolas, 103 mil indígenas e um milhão de assentados da reforma agrária, além de 11.853 escolas rurais. No total, 11,2 milhões de brasileiros foram beneficiados. Estima-se que as obras do programa promoveram a criação de 338 mil novos postos de trabalho, diretos e indiretos, além da utilização de 5,6 milhões de postes, 831 mil transformadores e 1,09 milhão de km de cabos elétricos.

- O Pronaf [Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar] liberou R\$ 48,9 bilhões a agricultores familiares, quilombolas, assentados da reforma agrária, pescadores artesanais e aqüicultores, extrativistas, silvicultores, ribeirinhos e indígenas, de 2002/2003 até a safra 2008/2009. Ao todo, nesse período, foram firmados 10,6 milhões de contratos.





Educação

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) prevê, até o final de 2010, a instalação de 214 escolas técnicas. Dessas, 132 já estão em funcionamento, com previsão de 53 mil matrículas no primeiro semestre de 2010, totalizando 244 mil matrículas no País. Somente em fevereiro de 2010 foram inauguradas simultaneamente 100 unidades. O Brasil tinha, até 2003, 140 unidades de educação profissional e tecnológica, que ofertavam 160 mil vagas em cursos técnicos e tecnológicos.

Para saber mais:

O PDE é um conjunto de ações estratégicas para ampliar o acesso e a qualidade da educação em todos os níveis, etapas e modalidades, da creche à pós-graduação. O Plano foi lançado em 2008 e compreende mais de 40 programas, organizados em quatro eixos: Educação Básica, Educação Superior, Educação Profissional e Tecnológica e Alfabetização e Educação Continuada. Leia mais informações no Portal do Ministério da Educação: www.mec.gov.br

VOCÊ SABIA?

O Programa Universidade para Todos (ProUni) concede bolsas integrais e parciais de estudo para estudantes de baixa renda em instituições privadas de ensino superior. Desde 2005, quando foi institucionalizado, até 2009, foram concedidas 596 mil bolsas em 1.252 municípios. Mais de 72 mil bolsistas já concluíram seus cursos.

Conheça outras pesquisas que fornecem informações sobre determinantes e condicionantes de saúde:

- Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE)

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm>

- Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612

- Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>

- Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/comentarios.pdf>

- Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1144&id_pagina=1

NASCER NO BRASIL

Em 2007 nasceram 2.891.328 crianças no Brasil, das quais 27.963 de mães com idade entre 10 e 14 anos. Outras 612.379 (21,2%) nasceram de mães adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos.

No período de 1998 a 2007 houve uma redução de 17% nas adolescentes grávidas; enquanto na idade de 10 a 14 anos houve um aumento de 2,7%.

Em 2007, sete em cada 100 adolescentes foram mães

VOCÊ SABIA?

O SUS atende 76% do total de partos no Brasil. Em 2007 os partos cesáreos representaram 32%. No setor de saúde suplementar, as cesáreas foram 83,7% do total de partos em 2006.

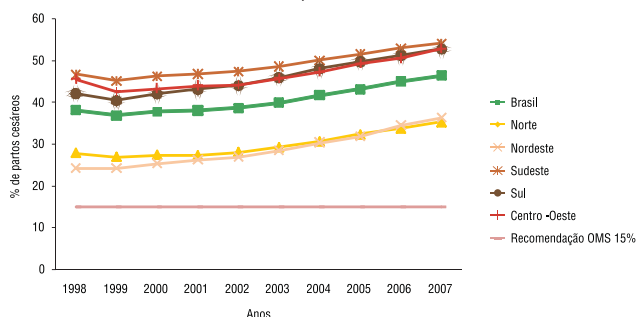
Mães Adolescentes no Brasil, 1988 a 2007

Idade da mãe	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
10 a 14 anos	27.237	27.518	28.973	27.931	27.664	27.239	26.276	26.752	27.610	27.963
15 a 19 anos	702.579	726.642	721.564	696.955	665.437	645.806	635.014	634.385	605.270	582.409
Total	731.814	756.159	752.537	726.887	695.103	675.048	663.294	663.142	634.886	612.379
Total todas	3.148.037	3.256.433	3.206.761	3.115.474	3.059.402	3.038.251	3.026.548	3.035.096	2.944.928	2.891.328

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

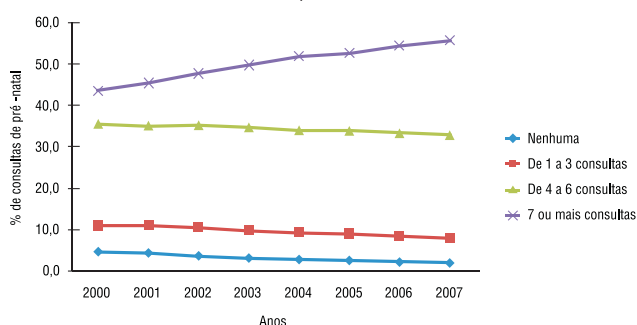
No Brasil, considerando o SUS e o setor de saúde suplementar, a proporção de partos cesáreos em 2007 foi de 46,5% do total dos nascimentos. Valor acima do recomendado pela OMS (15%). Situação semelhante acontece em todas as regiões, sendo que no Sudeste, Sul e Centro-Oeste a proporção dos partos cesáreos é acima de 50%.

Proporção de partos cesáreos em relação ao total de nascimentos.
Brasil, 1998 a 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

Proporção de consultas pré-natal em relação ao total de consultas.
Brasil, 2000 a 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

O número de grávidas sem consulta de pré-natal no país teve redução de 63% no período de 2000 a 2007. E houve um aumento de 15,2% de grávidas com 7 ou mais consultas.

Para saber mais:

Apesar dos avanços na cobertura do pré-natal e na captação precoce de gestantes, a qualidade da atenção deve ser melhorada. Essa necessidade fica evidenciada pela incidência de sífilis congênita, pelo fato de síndromes hipertensivas virem se mantendo como primeira causa de morte materna e pela mortalidade por causas perinatais - que representam o componente mais expressivo das mortes no primeiro ano de vida. Essa questão está intimamente ligada à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido.

ALEITAMENTO MATERNO

Por meio de sua política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o Brasil fortalece as ações capazes de garantir a saúde e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. Na última década, por exemplo, a média de aleitamento materno exclusivo aumentou de 23 para 54 dias, e do aleitamento materno em geral de 9,9 para 11,2 meses.

Atribui-se ao aleitamento materno a capacidade de reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza dez passos importantes para o sucesso do aleitamento materno nas maternidades. A ação está inserida na Estratégia da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. O Brasil possui hoje 339 hospitais credenciados como Amigo da Criança, estando 50% deles localizados nas regiões Norte e Nordeste.

Conheça outras estratégias de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno:

- A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RedeBLH) garante que bebês prematuros ou doentes recebam leite humano de suas mães ou de doadoras. Composta por 275 unidades em operação, a RedeBLH é a maior e mais complexa do mundo, com 197 Bancos de Leite Humano e 78 postos de coleta.

- O Brasil comemora anualmente a Semana Mundial da Amamentação, de 1º a 7 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 1º de outubro. As comemorações representam um importante momento de mobilização social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno no país.

- A Rede Amamenta Brasil é uma 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, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais.



VOCE SABIA?

A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) foi adotada em 1988 com o objetivo de regular a promoção comercial dos substitutos do leite materno. Nesse contexto, destaca-se também a criação da Lei nº 11.625, de 2006, visando à regulamentação da promoção comercial e das orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até três anos.

Para saber mais:

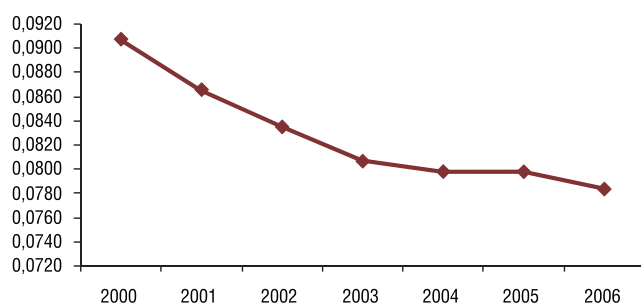
As taxas de amamentação na primeira hora de vida também vêm aumentando no Brasil. Atualmente, cerca de 68% das crianças são beneficiadas com essa prática. Os dados são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Veja mais indicadores no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf

A amamentação pode ter repercussão direta no futuro do indivíduo, auxiliando na redução de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade

SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

Em 2009 o país tinha cerca de 51 milhões de adolescentes e jovens - na faixa etária de 10 a 24 anos -, o que corresponde a 26,6% da população brasileira. Em 2004 esse número era de 54 milhões de pessoas. A taxa de fecundidade total vem diminuindo ao longo dos anos: no ano 2000 a taxa encontrada era de 2,36, chegando a 1,95 em 2006. A taxa específica de fecundidade entre adolescentes e jovens mantém o padrão nacional de redução.

Taxa específica de fecundidade de mulheres de 15 a 19 anos. Brasil, 2000 a 2006



Fonte: MS/SAS/DAPES/ASAJ/DATASUS

Nota: A taxa específica de fecundidade representa o número médio de filhos nascidos vivos, por mulher. O índice pode ser apresentado por grupo de mil mulheres em cada faixa etária.

Mortalidade

As causas externas são as principais responsáveis pela mortalidade de adolescentes e jovens, na faixa etária de 10 a 24 anos. Dentre elas destacam-se as agressões (homicídios) e os acidentes de transporte, que correspondem a 50,5% e 27% dos óbitos, respectivamente. Os homens são mais vulneráveis à mortalidade por causas externas, com mais de 60% das incidências.

O suicídio está entre as cinco primeiras causas de morte em adolescentes e jovens. Entre 2004 e 2006, no que se refere à mortalidade por suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos, observou-se uma taxa de 0,6 por 100 mil habitantes. Já entre os 15 e 19 anos, o índice foi de 3,3. As taxas indicam um aumento de 20% e 30%, respectivamente. Ressalta-se que em 2006 a maior parte dos óbitos por suicídio entre adolescentes de 10 a 19 anos ocorreu no sexo feminino.



VOCÊ SABIA?

- Em 2009 o Ministério da Saúde aprovou na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. O documento é um orientador aos gestores e fornece subsídios para as ações de atenção integral à saúde voltadas a esse público.

- No mesmo ano, o MS imprimiu cinco milhões de Cadernetas de Saúde do Adolescente. O material já está sendo distribuído em 531 municípios, a maioria participante do Programa Saúde na Escola.

- A Caderneta está disponível nas versões feminina e masculina, e é voltada aos adolescentes de 10 a 16 anos. Traz informações sobre saúde bucal, alimentação e nutrição, calendário vacinal, desenvolvimento puberal e psicossocial, saúde sexual e saúde reprodutiva, além de outros temas importantes para o autocuidado.



Programa Saúde na Escola

Resultado do trabalho integrado entre os ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política de articulação entre as equipes de Saúde da Família e as escolas da rede pública de ensino, com foco no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros.

O programa desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção, educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens, monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

Com o objetivo de apoiar os municípios nesse trabalho, o Ministério da Saúde criou o Incentivo PSE, que se constitui em uma parcela extra de incentivo financeiro mensal às equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal que atuam no programa.

Até 2011, cerca de 26 milhões de alunos brasileiros terão atenção integral à saúde; trabalho executado pelas equipes de SF nas escolas da rede pública



Cerca de cinco mil equipes de SF desenvolvem ações do PSE em 608 municípios. Para 2010, 698 novos municípios poderão participar do programa

VOCÊ SABIA?

Em casos de internação, crianças e adolescentes têm direito a serem acompanhados em tempo integral (Estatuto da Criança e do Adolescente)

Para saber mais:

Existe um calendário de vacinação para adolescentes. Nesta faixa etária, a imunização deve contemplar vacinas contra Hepatite B, difteria e tétano, febre amarela (terceira dose), sarampo, caxumba e rubéola (quarta dose). O calendário e outras informações podem ser encontrados na Caderneta de Saúde do Adolescente, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde e com as equipes de Saúde da Família.

SAÚDE DA MULHER

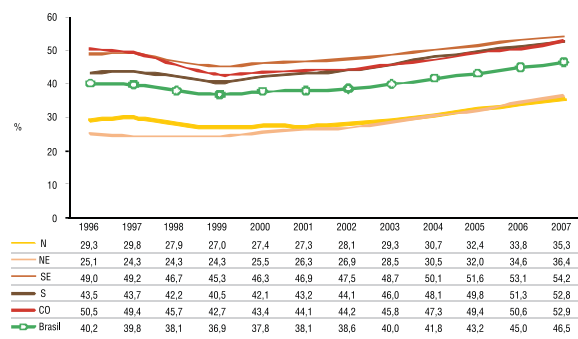
Atenção obstétrica

Lançado em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, por meio da ampla mobilização e participação de gestores das três esferas de governo e da sociedade civil organizada. A iniciativa tem hoje a adesão das 27 unidades da Federação e dispõe de uma Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação que atua, desde 2005, com o objetivo de alcançar a meta de redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal.

Em 2008, a Portaria nº 3136 GM/MS definiu o repasse de um incentivo financeiro (R\$ 2,7 milhões) para que estados, municípios e o Distrito Federal pudessem auxiliar as maternidades de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.

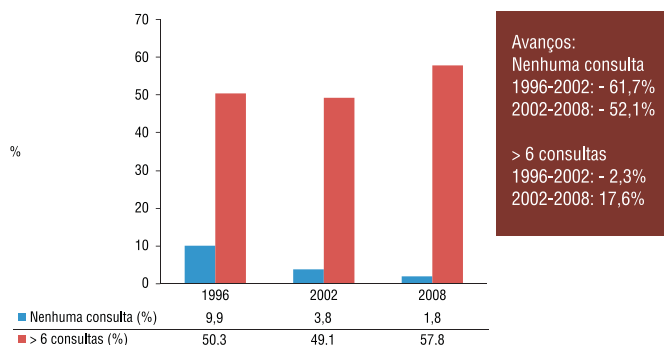


Evolução dos percentuais de cesárea.
Brasil e regiões, 1996 a 2007



Fonte: Sinasc - CGIAE/DASIS/SVS/MS

Consulta pré-natal (CPN) - Nenhuma e maior que 6. Brasil, 1996 a 2008



Avanços:
Nenhuma consulta
1996-2002: - 61,7%
2002-2008: - 52,1%
> 6 consultas
1996-2002: - 2,3%
2002-2008: 17,6%

Fonte: Sinasc - CGIAE/DASIS/SVS/MS

NOTA: em 36% das notificações se ignorava a quantidade de controles pré-natais, em 1996, reduzindo para 2,7% em 2002 e 1,2% em 2008.

VOCÊ SABIA?

- O MS vem ofertando desde 2009 um curso de urgências e emergências obstétricas, para médicos e enfermeiros que atendem na rede pública de todo o país. Até o final de 2010 serão qualificados mil profissionais.

- Parteias tradicionais dos estados do Nordeste e Amazônia Legal também estão sendo qualificadas. Em 2009 e 2010 foram realizadas ações no Amazonas, Pará, Bahia, Pernambuco, Paraíba e Roraima. Ainda em 2010 a iniciativa será levada aos estados do Amapá, Piauí e Tocantins. A ação envolve parteiras tradicionais, profissionais e gestores do SUS, para qualificação e monitoramento da situação da atenção ao parto domiciliar assistido por parteiras.

Para saber mais:

- O Ministério da Saúde compra anualmente insumos para quase 31 milhões de usuárias do SUS, em idade fértil. São contraceptivos hormonais (orais e injetáveis), de emergência, métodos de barreira (diafragma) e DIU [Dispositivo Intra Uterino].

- No Brasil existem cinco unidades de saúde remuneradas pelo SUS que realizam fertilização *in vitro*.



Em 2005 foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Seus principais eixos são:

- Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis;
- Aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária;
- Introdução da reprodução humana assistida no SUS;
- Programas de saúde nas escolas.

Número de atendimentos de laqueadura
Brasil, 2003 a 2009

Ano	2003	2005	2007	2008	2009	Total
Total de procedimentos	31.216	40.865	58.513	61.847	54.340	337.780
Investimento Total R\$	10.677.763,03	15.900.311,34	23.699.220,12	26.222.032,26	28.791.475,34	140.119.850,61

Fonte: DATASUS/MS.



Violência doméstica e sexual

Em 2007, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e outros órgãos governamentais lançaram o Pacto Nacional para o Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. Os recursos do Pacto são conveniados com estados e municípios para estruturação da rede de atendimento às mulheres vítimas de violência, combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres, e promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão, entre outros.

VOCÊ SABIA?

A implementação da Lei Maria da Penha - que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher - e a implantação do Disque 180 da SEPM aumentaram a divulgação de orientações sobre a localização e a oferta de serviços. Essas medidas permitiram que mais mulheres obtivessem acesso aos serviços de saúde especializados no atendimento integral à violência doméstica e sexual.

Para saber mais:

A Rede de Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual está instituída nos 26 estados e no Distrito Federal. Num levantamento oficial realizado em 2008 foram identificados 442 serviços hospitalares de atenção às vítimas de violência sexual e outros 400 serviços de assistência para vítimas de violência doméstica. Também foram identificados 60 serviços de referência para interrupção da gestão prevista em Lei.

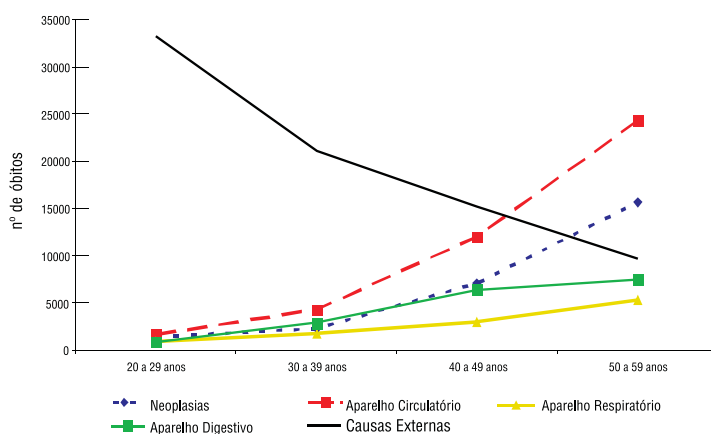
SAÚDE DO HOMEM

Aprovada em agosto de 2009 pela Portaria nº 1.944, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo para a redução das causas de morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A Política está sendo implantada de maneira progressiva. No primeiro ano, o Ministério da Saúde concedeu incentivo financeiro para as Secretarias de Saúde das 27 unidades da Federação e de 26 municípios selecionados. Em 2010, 54 novos municípios estão sendo agregados. A população de 20 a 59 anos é o foco das ações da Política, que tem ainda o propósito de valorizar a Atenção Básica, via estratégia Saúde da Família, como porta de entrada da população masculina para o SUS.

No Brasil, homens vivem 7,6 anos menos que as mulheres. A cada três mortes de adultos, duas são de pessoas do sexo masculino

Principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos. Brasil - Ano base 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM



VOCÊ SABIA?

- O fato de a maioria dos homens adentrar o sistema de saúde por meio da Atenção Especializada traz como consequência o agravamento da morbidade e, conseqüentemente, custos mais elevados para o SUS. Por isso, é necessário fortalecer e qualificar a assistência à população masculina na Atenção primária, assegurando a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis.

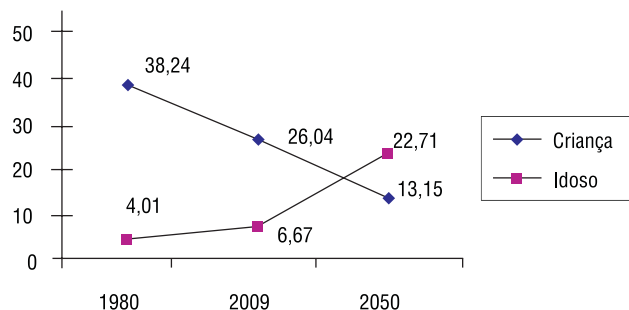
- A população brasileira em 2010 é de 193,3 milhões de pessoas, das quais 94,8 milhões são homens. Deste total, 53 milhões - algo em torno de 29% - estão na faixa etária de 20 a 59 anos, indivíduos que são alvos da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Esses dados são oriundos de estimativas preliminares do IBGE.



ENVELHECIMENTO

Dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) apontam que nas próximas décadas o Brasil estará entre os países com o mais acentuado ritmo de envelhecimento. A expectativa é de que, em 2025, o índice de envelhecimento supere em até cinco vezes o que fora registrado no ano de 1975, elevando de 10 para 46 o número de idosos para cada grupo de 100 pessoas menores de 15 anos. Para o ano 2050, espera-se que o número de pessoas idosas ultrapasse o de menores de 15 anos.

Proporção de grupo etário de 0 a 14 anos e de 65 anos ou mais



Fonte: RIPSA/MS

Condições crônicas e funcionalidade

Estima-se que entre 70% e 80% da população de 60 anos e mais viva com alguma condição crônica de saúde. Isso resultaria num contingente de 27 milhões de pessoas em 2025, e de 50 milhões em 2050. As duas principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros são o AVC [acidente vascular cerebral] e a doença isquêmica do coração. Entretanto, não deve ser negligenciado o aumento de internação e óbitos por causas externas - violências e acidentes - em pessoas idosas.

Os agravos à saúde podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

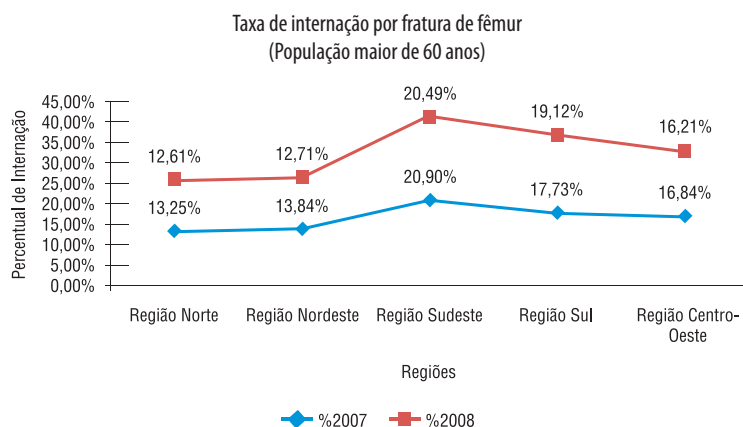


Principais causas de mortalidade em idosos (60 anos e mais), CID 10. Brasil, 2007	Nº de Óbitos	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	236.731	37,7
II. Neoplasias (tumores)	105.129	16,7
X. Doenças do aparelho respiratório	81.777	13,0
XVIII. Sintomas e sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	52.504	8,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	46.837	7,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	29.428	4,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18.946	3,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18.827	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	13.717	2,2
VI. Doenças do sistema nervoso	12.827	2,0

Fonte: DATASUS/MS

As quedas são um problema de saúde pública entre os idosos, em razão da mortalidade, morbidade e dos custos social e econômico decorrentes. Elas podem ser consideradas o início de um importante declínio da função ou o indício de que algum fator interno ou externo está interferindo no seu dia a dia. Alguns fatores associados ao risco de quedas são a diminuição da acuidade visual, da força e do equilíbrio, o uso de medicamentos e doenças associadas.

Pesquisas apontam que o número de quedas aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais. Uma das consequências mais graves das quedas para a pessoa idosa é a fratura de fêmur, importante causa de internação e óbito entre idosos. Dados comparativos de 2007 e 2008 mostram que o índice de internação de idosos no SUS por fratura de fêmur ainda é alto, mas existe uma tendência de redução.



Fonte: MS/SIH

Nota: Dados preliminares. atualização em 15/10/2009



VOCÊ SABIA?

- O Ministério da Saúde distribuiu para Estados e municípios 13 milhões de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa.

- Em parceria com Escola Nacional de Saúde Pública, o MS está realizando um curso à distância sobre 'Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa', dirigido a profissionais de saúde de nível superior que atuam na rede SUS.

- Oficinas de Prevenção de Quedas e Osteoporose também estão sendo realizadas nos Estados, com o apoio do Ministério da Saúde.

Para saber mais:

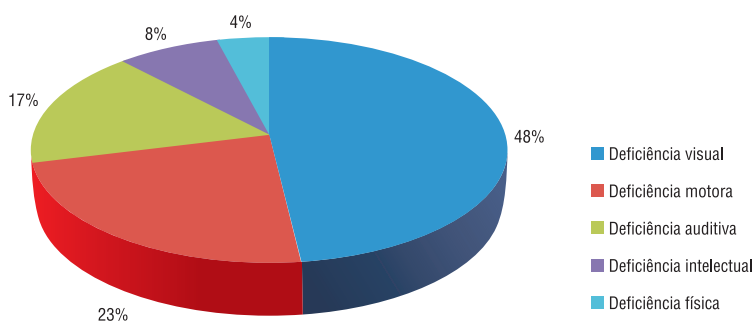
Conheça melhor as ações e diretrizes do Ministério da Saúde elaboradas para a população idosa: www.saude.gov.br/saudedoidoso



SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano 2000, identificou 24,6 milhões de pessoas de todas as idades com alguma deficiência, o equivalente a 14,5% da população. O índice incluiu desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar - contabilizando grande número de idosos -, até graves lesões incapacitantes. Considerando apenas as pessoas com limitações mais severas, o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população, ou seja, 4,3 milhões de pessoas.

Percentual de pessoas com deficiência, por característica. Brasil, 2000



Fonte: Censo IBGE/2000



Número total e percentual de pessoas com deficiência*, por faixa etária. Brasil, 2000

Pessoas com Deficiência *		
Faixa etária	Número	%
0 - 09 anos	1.078.294	4,39
10 - 19 anos	2.248.819	9,14
20 - 29 anos	2.439.404	9,91
30 - 39 anos	2.949.612	11,99
40 - 49 anos	4.493.152	18,26
50 - 59 anos	4.173.764	16,97
60 e mais	7.217.211	29,34
Total	24.600.256	100

Fonte: Censo IBGE/2000

Nota: *Inclui deficiência mental, paraplegia ou falta de membros, e pelo menos algumas ou grande dificuldade e incapacidade de enxergar, ouvir ou de subir escadas

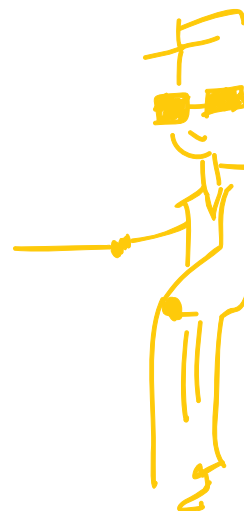
Grande parte das pessoas com deficiência está inserida nas camadas mais pobres da população. Muitas vezes elas não conseguem ir à escola, não têm emprego e sofrem preconceito

VOCÊ SABIA?

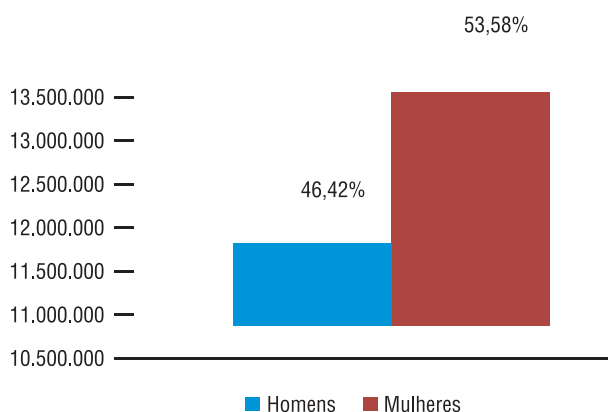
A definição mais atual de pessoa com deficiência está na Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, documento que foi incorporado à Constituição Brasileira em 2008. Diz: "pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas".

Como igualar oportunidades

Pessoas com deficiência não estão doentes, mas sim vivendo em situações especiais que a sociedade e os governos devem considerar, modificando atitudes, ambientes e equipamentos, com o propósito de permitir o livre acesso de todos. Acessibilidade também se dá no acolhimento humanizado e na existência de informação em formato acessível, como braille, libras e programas informatizados para transformar textos em voz; caracteres ampliados, cartazes, figuras e álbuns temáticos que facilitem a comunicação das pessoas com deficiência intelectual, visual ou auditiva.



Número total e percentual de pessoas com deficiência*, por sexo. Brasil, 2000



Fonte: Censo IBGE/2000

Nota: *Inclui deficiência mental, paraplegia ou falta de membros, e pelo menos alguma ou grande dificuldade e incapacidade de enxergar, ouvir ou de subir escadas

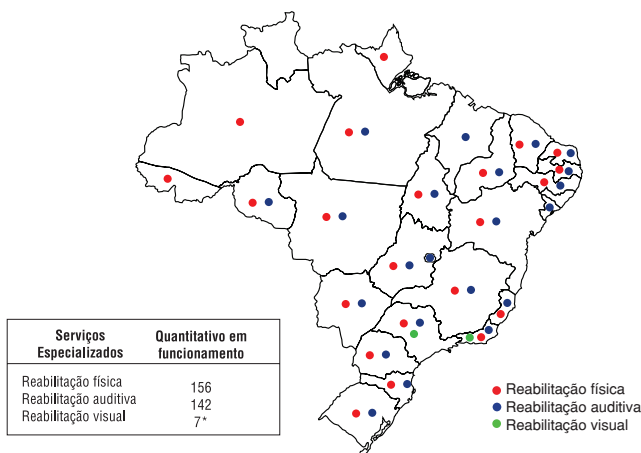
Ações e serviços no SUS:

As pessoas que vivem com deficiência têm direito a receber no Sistema Único de Saúde toda a assistência de que precisam. As unidades básicas de saúde e a estratégia Saúde da Família asseguram o acolhimento, ações de promoção e prevenção, assistência médica e odontológica, exames complementares, medicamentos básicos e encaminhamentos para unidades especializadas.

Nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, essas pessoas recebem apoio e orientações básicas em reabilitação, trabalho desenvolvido por fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. A atuação é de reforço junto às equipes de SF.

Os serviços de reabilitação oferecem atendimento médico especializado, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e oficinas terapêuticas, além de fornecer órteses e próteses auditivas, visuais e ortopédicas, entre outras. A expansão e o fortalecimento da Rede que integra esses serviços tem sido ação prioritária do Ministério da Saúde.

Número de serviços especializados, por tipo de reabilitação. Brasil, 2009



Fonte: DAPES/SAS/MS/2009

Nota: *Serviço normatizado recentemente, pela Portaria nº 3.128, de dezembro de 2008

Para saber mais:

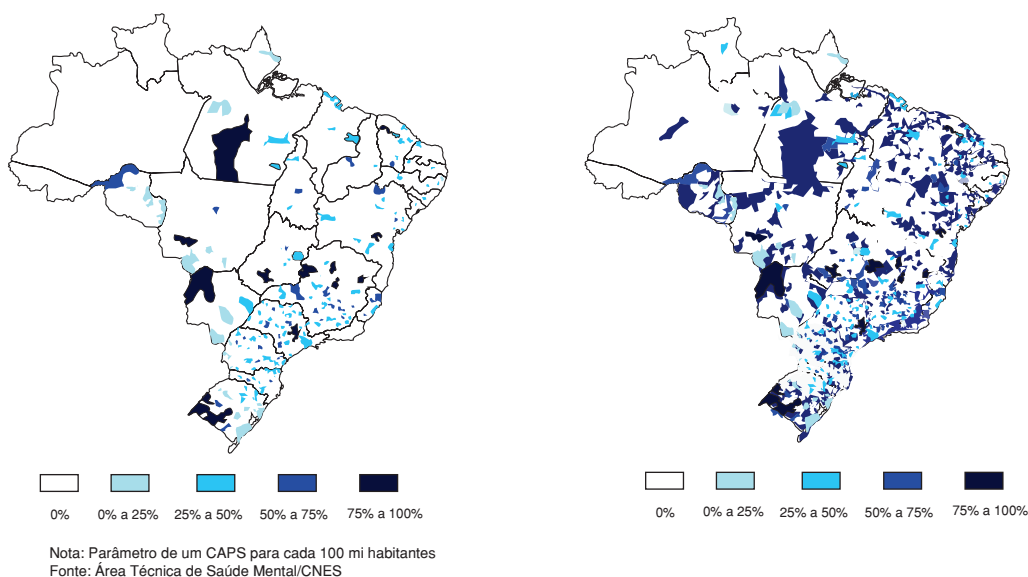
Conheça mais detalhes sobre as diretrizes e as ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Acesse o endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=927



SAÚDE MENTAL

Com a implantação de diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país, a cobertura do serviço passou de 21%, em 2002, para 60% em 2009. Essas unidades acolhem e oferecem atendimento clínico e atividades diárias às pessoas com transtornos mentais severos, evitando assim internações desnecessárias e o isolamento social do paciente em hospitais psiquiátricos. Os CAPS também organizam as ações de saúde mental no município, articulando-se com a atenção básica, com o sistema de urgência e emergência e com outras instituições locais, para fortalecer os laços sociais dos usuários no seu bairro e na sua cidade. Com 1.467 unidades, os CAPS estão hoje em 1.022 municípios brasileiros.

Cobertura dos CAPS, por município. Brasil, 2002 e 2009



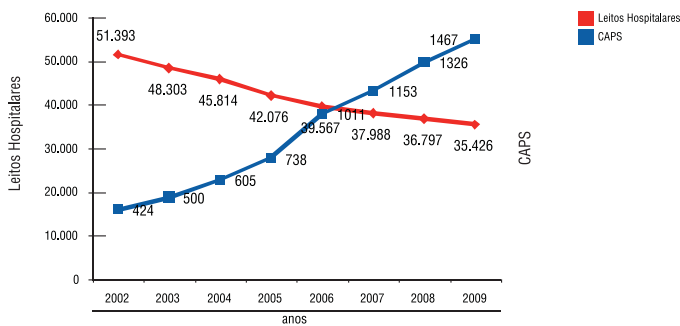
VOCÊ SABIA?

- A publicação da lei 10.216, em 2001, assegurou ao cidadão brasileiro com transtornos mentais o direito de ser atendido preferencialmente em serviços comunitários e abertos. Assim, a mudança da assistência em saúde mental, que antes era centrada no isolamento social, passou a ser uma política de Estado. Neste processo, os leitos em hospitais psiquiátricos vão diminuindo gradativamente e sendo substituídos por uma rede de atenção composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios, leitos em hospitais gerais e Centros de Convivência e Cultura.

- Com a mudança do modelo de atenção, em 2009 o Brasil passou a destinar 66% do orçamento federal do programa de Saúde Mental aos serviços abertos e às ações e programas comunitários. Em 2002, o país destinava somente 25% a estes fins, tendo 75% de todos os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos.

- O processo de mudança da atenção em saúde mental no Brasil é reconhecido como modelo pela Organização Mundial de Saúde. O Brasil, junto com outros nove países, faz parte de um grupo que trabalha um conjunto de estratégias para a redução da lacuna no tratamento de transtornos mentais no mundo.

Números de CAPS e de leitos em hospitais psiquiátricos. Brasil, 2002 a 2009



Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/CNES

Dados da OMS indicam que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um episódio de depressão num período de 12 meses

Do hospital psiquiátrico à comunidade

A reinserção social de pessoas com um histórico de longa internação em hospitais psiquiátricos conta com dois importantes recursos: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o programa De Volta para Casa.

Os SRT são casas localizadas no espaço urbano, montadas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos. O número de usuários de cada SRT pode variar de uma até oito pessoas e deve contar com um suporte profissional sensível às necessidades de cada morador, que deve estar vinculado a um CAPS ou a outro serviço da rede de atenção à saúde mental.

É muito comum que os moradores das residências sejam beneficiários do programa De Volta para Casa, iniciativa que garante o pagamento de uma bolsa de R\$320,00 por mês ao usuário que teve uma longa estória de internação psiquiátrica. O benefício é pago diretamente ao usuário, através de um cartão da Caixa Econômica Federal, e tem sido fundamental para a reinserção social desses pacientes. Existem hoje 550 SRT e 3486 pessoas são beneficiárias do programa De Volta para Casa.

Depressão

As perspectivas para o futuro apontam que, se persistirem as tendências atuais de transição demográfica e epidemiológica, a depressão é um dos transtornos mentais que deve apresentar prevalências ascendentes nos próximos 20 anos. Na faixa etária de 15 a 44 anos, por exemplo, ela representa hoje 16,4% da Carga Global de Doenças (CGD).

Diferentes pesquisas demonstram que a doença é mais comum no sexo feminino. A incidência maior nas mulheres se justifica pelo fato de que elas estão submetidas a maiores cargas de trabalho, como profissionais e responsáveis pelo cuidado dos familiares, além de estarem mais sujeitas a violência doméstica e sexual. É importante também atentar para os sinais de depressão na gestação e no pós-parto, o que pode trazer sérias conseqüências para a mulher e para a criança.

Os casos mais leves de depressão podem ser tratados na Atenção Primária, proporcionando-se aos pacientes espaços de acolhimento e escuta. Já os casos mais graves devem ser atendidos nos CAPS e ter acompanhamento sistemático de uma equipe multiprofissional, além do cuidado medicamentoso. Um dos resultados particularmente trágicos de um distúrbio depressivo é o suicídio. Pesquisas atestam que cerca de 20% dos pacientes depressivos põem fim à vida.



Crack

A dependência de crack tem tratamento e o SUS oferece várias possibilidades gratuitas de cuidado, como atendimento médico e psicológico (individual e em grupo), apoio aos familiares, dispensação de medicamentos e apoio a outras atividades como a reinserção na escola e no trabalho. O tratamento para dependência do crack é oferecido nos CAPS - sobretudo nas unidades voltadas ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas -, em ambulatórios, hospitais gerais e por meio de ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família.

As Casas de Passagem, que oferecem a possibilidade de moradia transitória, e a abordagem na rua (projetos de redução de danos, consultórios de ruas etc.) são também dispositivos valiosos na composição da rede de cuidados para os usuários de crack. A organização de ações intersetoriais, articulando diferentes políticas públicas, é fundamental para o enfrentamento das situações de uso abusivo do crack, assim como do álcool e demais drogas.

O consumo excessivo de crack pode levar à morte



Para saber mais:

O crack é uma droga feita a partir das sobras do refino da cocaína, misturada com outras substâncias tóxicas e vendida na forma de pedras. Ao ser fumado em pequenos cachimbos feitos de lata ou tubos de PVC, o crack produz efeitos rápidos no organismo dos indivíduos, tais como euforia e agitação motora, que diminuem após poucos minutos do uso, provocando depois uma espécie de depressão e 'fissura' (necessidade de consumir mais e em maior quantidade).

O que torna o crack uma droga preocupante e, portanto, encarada como um grave problema de saúde pública, são os danos que ele causa à saúde física dos usuários. Alguns prejuízos são o aumento do risco para doenças transmissíveis, tais como HIV/AIDS e hepatites; desnutrição, tosse e doenças respiratórias, cortes e queimaduras nos lábios e na boca. A saúde mental do usuário também é comprometida, pois o uso da droga pode causar alucinações e medo de estar sendo perseguido.

Leia mais no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1

SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

O SUS constitui o único acesso aos serviços de saúde para mais de 140 milhões de brasileiros, o equivalente a 70% da população. Deste total, 473.626 pessoas integram a população carcerária do país - algo em torno de 0,34% -, cidadãos que vivem em aproximadamente 1.779 estabelecimentos penais e cinco penitenciárias federais espalhados por todo o Brasil. Os dados são do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça (MJ).

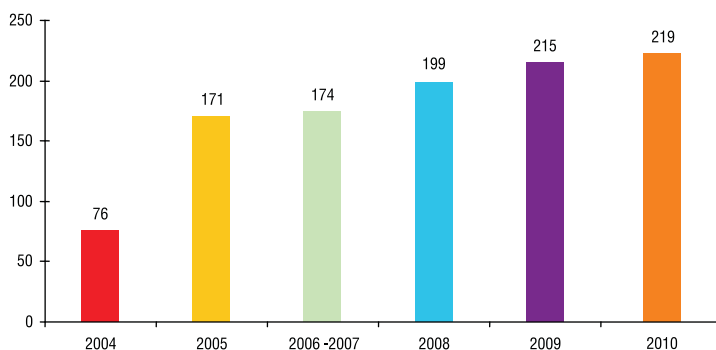
O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em setembro de 2003, tem como principal objetivo garantir o acesso à saúde destas pessoas, por meio da oferta de ações e serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais. O trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais compostas por médico, cirurgião-dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

As ações são voltadas para a prevenção, promoção e recuperação de agravos em saúde, primando pela atenção integral. O acesso aos demais níveis de atenção à saúde é pactuado e definido no âmbito de cada estado, em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

VOCÊ SABIA?

Ao todo, 19 estados brasileiros estão qualificados ao PNSSP, com um efetivo de 219 equipes atuando em 193 unidades de saúde no sistema penitenciário, todas inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esses índices asseguram a cobertura de 32,1% da população carcerária do país, sendo 30,1% do sexo masculino e 2% do sexo feminino.

Equipes cadastradas no PNSSP, de 2004 a 2010



Fonte: SISPE/MS

Para saber mais:

Outras informações sobre a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário podem ser obtidas no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1005

O PNSSP prevê ainda a distribuição de medicamentos a todas as unidades de saúde no sistema penitenciário, tendo como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). São feitas também parcerias com laboratórios, para aquisição de itens que não são contemplados na Rename. Para as atividades relativas à assistência farmacêutica nas unidades prisionais, cada Estado deve contar com um profissional da área.

VOCÊ SABIA?

O MS está realizando três censos na área de Saúde no Sistema Penitenciário. Um deles, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tem como objetivo mapear profissionais e equipes de saúde no sistema penitenciário, por meio de informações relativas à gestão de recursos humanos. Outro, executado em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), diz respeito a um levantamento da situação de saúde das mulheres presas. O terceiro, resultado de uma parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, realiza um censo psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) local.



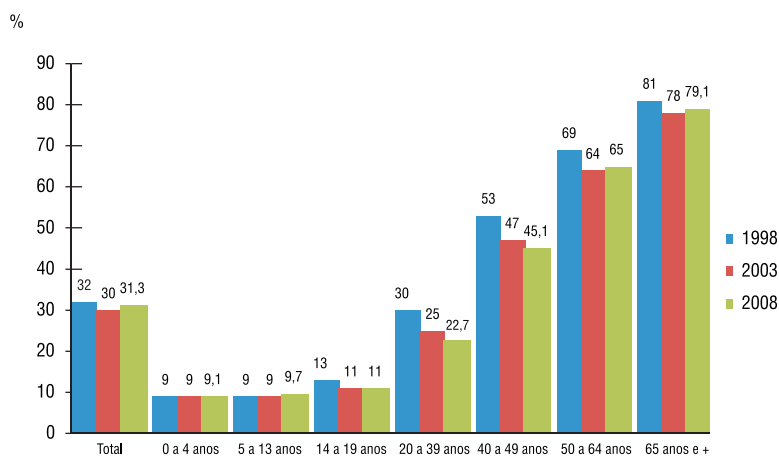
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS FATORES DE RISCO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasias. São incluídas também as condições crônicas e outras doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, famílias e sociedade, como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, osteoporoses, desordens genéticas e patologias oculares e auditivas.

O Brasil seguindo a tendência mundial nas últimas décadas tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional e conseqüentemente, tem ocorrido um aumento da incidência, prevalência e mortalidade por estas doenças e seus fatores de risco.

Nesse contexto, torna-se um grande desafio compreender a evolução das tendências das DCNT e, sobretudo, o monitoramento dos seus fatores de risco e proteção visando subsidiar políticas públicas de prevenção e controle no nível local, regional e nacional.

Percentual de pessoas que referiram doença crônica na
PNAD - Saúde de 1998, 2003 e 2008



Fonte: IBGE, PNAD-Saúde, 1998, 2003 e 2008

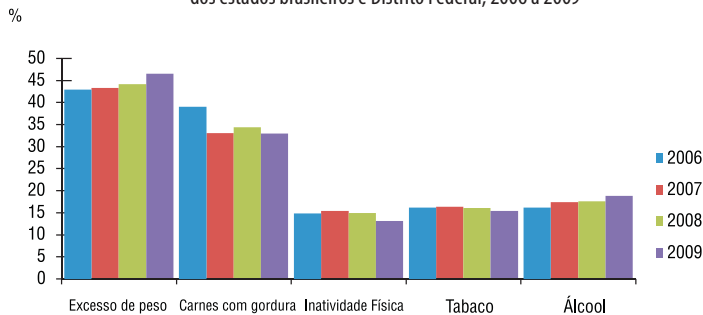


VOCÊ SABIA?

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, 2003 e 2008 demonstraram que a partir dos 40 anos de idade cerca de 50% das pessoas referem ter algum tipo de doença crônica.

Diversos fatores de risco podem influenciar o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. Eles são classificados como 'não modificáveis' (sexo, idade e herança genética) e 'comportamentais' (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

Fatores de Risco para DCNT no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, 2006 a 2009



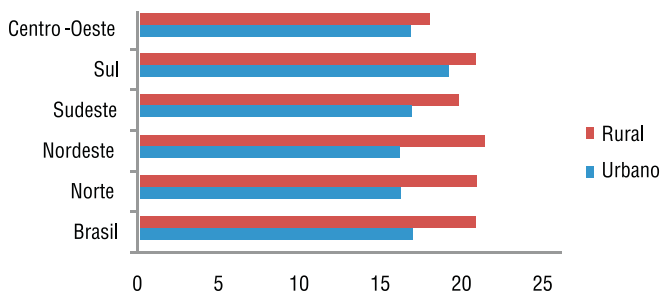
Fonte: MS, SVS e SGEP, Vigitel 2006-2009



Tabagismo

O hábito de fumar é apontado como um grande problema de saúde pública na história da humanidade. A eliminação do tabagismo é o fator de maior impacto na redução da incidência e mortalidade das doenças relacionadas ao tabaco (câncer de pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, bexiga, pâncreas e rim, doenças cardiovasculares e outras).

Percentual de fumantes na população de 15 anos ou mais de idade, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões - 2008



Fonte: IBGE, PETA - 2008

VOCÊ SABIA?

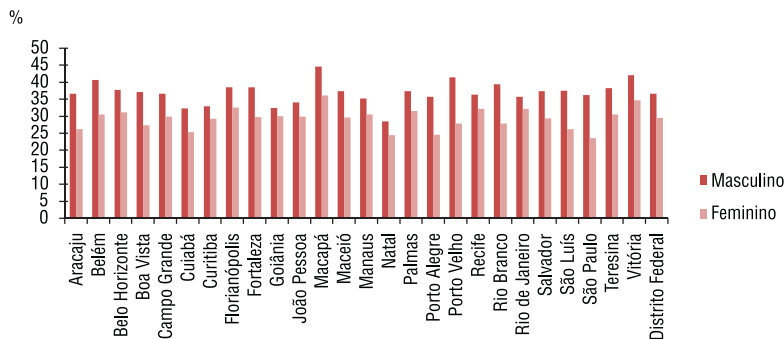
O fumo pode aumentar o risco de morte de 20 a 30 vezes em tabagistas de longa data e de 30% a 50% em fumantes passivos.

A Pesquisa Especial do Tabagismo - PETA, realizada em 2008, demonstrou que a prevalência de tabagismo no Brasil vem sendo reduzida progressivamente em todas as regiões do Brasil. No entanto, ainda há um predomínio do hábito de fumar na população rural do país.

Atividade Física

Os benefícios da atividade física já foram descritos em vários estudos. Sabe-se que a prática de atividade física regular promove: maior integração social, ampliando ciclos de amizade; mantém o equilíbrio energético, previne o sobrepeso/obesidade; auxilia o crescimento e desenvolvimento dos sistemas musculares e cardiovasculares; aumenta a capacidade respiratória; melhora a flexibilidade e força muscular e reduz a ansiedade e melhora do humor.

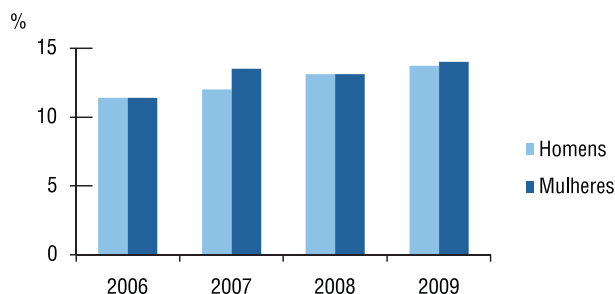
Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividade física no tempo livre e/ou no deslocamento, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2009



Fonte: MS, SVS e SGEP, Vigitel 2009



Percentual de indivíduos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, segundo o sexo, VIGITEL, 2006 a 2009



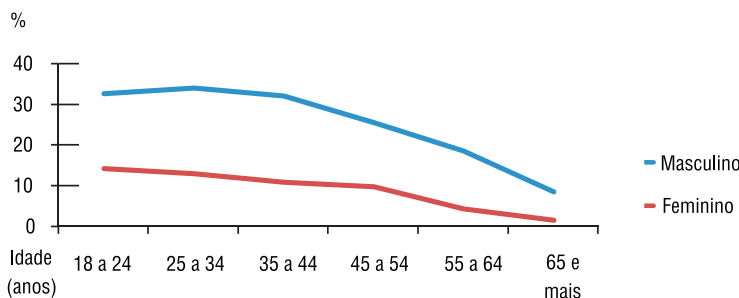
Fonte: MS, SVS e SGEP, Vigitel 2006-2009

Excesso de peso e obesidade

Considerados hoje um problema de saúde pública mundial, o excesso de peso e a obesidade também têm índices preocupantes no Brasil: cerca de 30% da população adulta pode ser classificada como tendo sobrepeso e aproximadamente 12% da população está obesa.

Para reduzir o crescimento desse quadro epidemiológico, devem ser combinadas estratégias de promoção e prevenção, buscando viabilizar parcerias para o desenvolvimento de ações que estimulem a prática de atividade física, alimentação e nutrição saudável, diminuição do consumo de álcool, abandono do tabagismo e controle do estresse.

Percentual de indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica numa mesma ocasião, no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo idade. VIGITEL, 2009



Fonte: MS, SVS e SGEP, Vigitel 2006-2009



O consumo abusivo de bebida alcoólica é responsável por conseqüências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a freqüência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, neoplasias, doenças isquêmicas do coração, violências e transtornos mentais, entre outros.

As limitações funcionais causadas pelo uso abusivo de álcool são maiores que aquelas produzidas pelo tabagismo. O consumo abusivo também provoca direta ou indiretamente custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo.

PARA SABER MAIS:

Estimativas globais da OMS indicam que 22% das doenças cardíacas, 10 a 16% dos casos de diabetes tipo 2 e de cânceres de mama, cólon e reto poderiam ser evitados com a realização de um volume suficiente de atividade física.

INTERNAÇÕES

Principais causas de internação pelo SUS, excluindo partos, segundo sexo e capítulos da CID10*, na população dos 15 aos 59 anos de idade. Brasil, 2007

Em 2007 no Brasil foram mais de 11 milhões de internações pelo SUS. A maior causa de internação, excluindo os partos, foi em decorrência de doenças do aparelho respiratório (2,5 milhões), seguido das doenças do aparelho circulatório (1,5 milhões) e depois das doenças do aparelho digestivo (1,1 milhões).

Mortalidade geral

No ano de 2007, ocorreram na população brasileira 308.466 óbitos em decorrência das doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos no país, a segunda maior causa de morte foram neoplasias com 161.491 óbitos (15,4%), a terceira causa de óbito foram relacionadas as causas externas, com 131 mil óbitos (12,5%).

Dentre as doenças do aparelho circulatório, a doença cerebrovascular foi a mais importante com 96.804 óbitos (9,2% da mortalidade geral). Em seguida aparecem as mortes em consequência das doenças isquêmicas do coração responsáveis por 92.568 óbitos (8,8% do total de óbitos). O infarto do miocárdio foi responsável 71.997 óbitos (6,9% do total).

Outras causas importantes de morte foram as diabetes (47.718), as agressões (homicídios) (47.707), pneumonia (44.311) e doenças hipertensivas (39.330), juntas foram responsáveis por 17,1% do total da mortalidade geral.

VOCÊ SABIA?

A maior causa de internação entre os homens de 15 a 59 anos foi provocada por lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, com 419.654 internações.

Causas de internação	Masculino	Feminino	Total
XI. Doenças do aparelho digestivo	306.749	304.318	611.079
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	419.654	133.352	553.007
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	118.726	418.076	536.806
IX. Doenças do aparelho circulatório	244.039	260.899	504.949
X. Doenças do aparelho respiratório	197.306	197.433	394.745
II. Neoplasias (tumores)	123.295	261.285	384.586
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	183.117	176.130	359.252
V. Transtornos mentais e comportamentais	178.373	91.442	269.817
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	103.024	72.292	175.317
XXI. Contatos com serviços de saúde	59.987	83.808	143.795
Total	2.170.203	4.701.811	6.872.074

Fonte: MS/SVS/SIH/DATASUS
Por capítulo da CID10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, OPAS/OMS - FSP/USP

A primeira causa de óbito na população é a mesma para ambos os sexos: doenças do aparelho circulatório. As mulheres são as maiores vítimas



Principais causas de óbitos, segundo sexo e capítulos da CID10*, na população de 15 a 59 anos de idade. Brasil, 2007

Causa de óbito	Masculino	Feminino	Total
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	91.054	12.127	103.196
IX. Doenças do aparelho circulatório	42.672	27.400	70.081
II. Neoplasias (tumores)	27.024	27.114	54.141
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	16.617	7.408	24.030
XI. Doenças do aparelho digestivo	17.777	5.623	23.404
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15.020	7.534	22.558
X. Doenças do aparelho respiratório	11.331	6.686	18.021
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7.245	6.379	13.628
V. Transtornos mentais e comportamentais	5.593	948	6.542
VI. Doenças do sistema nervoso	3.409	1.943	5.352
Total	242.358	109.556	351.965

Fonte: MS/SVS/SIH/DATASUS
Por capítulo da CID10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, OPAS/OMS - FSP/USP



DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

MALÁRIA

É significativa a melhoria dos indicadores de controle da malária no Brasil. Entretanto, persiste a necessidade de fortalecer ainda mais as ações de prevenção e controle da doença, para manter uma redução sustentável da incidência, principalmente nos municípios mais vulneráveis. Para alcançar esse objetivo, o Programa Nacional de Controle da Malária tem sido beneficiado com recursos do Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária.

Em 2008, o Fundo aprovou recursos da ordem de R\$ 100 milhões para o projeto de Prevenção e Controle da Malária na Amazônia Brasileira. O montante será repassado em cinco anos. A meta do projeto é reduzir em 50% os casos de malária nos 47 municípios que foram responsáveis pela transmissão de quase 70% dos casos da doença no Brasil em 2007.

A Amazônia é responsável por 99,8% dos casos de malária no país; em 2008 foram 314.735 notificados

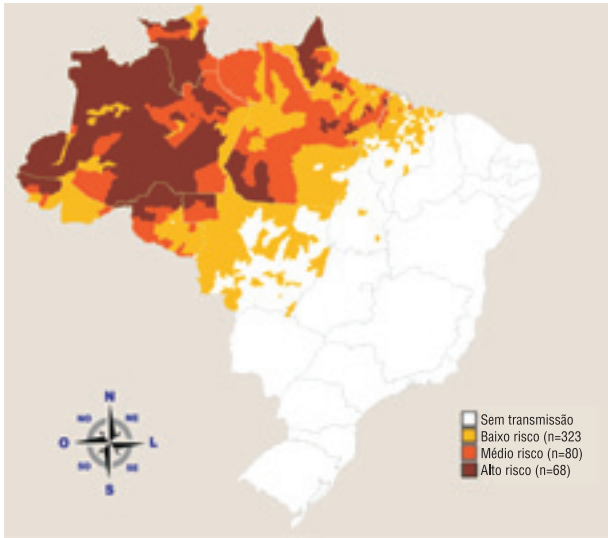
A partir do ano 2006 registrou-se uma importante diminuição de casos de malária na Amazônia, passando de 549 mil para 314 mil casos em 2008. O controle da doença naquela região é um exemplo de sucesso do trabalho descentralizado, o que gradativamente vem concentrando a transmissão num grupo específico de municípios que merecem uma atenção maior.

Número de casos de malária na Amazônia, 1990 a 2008



Fonte: SISMAL/SIVEP/SVS/MS



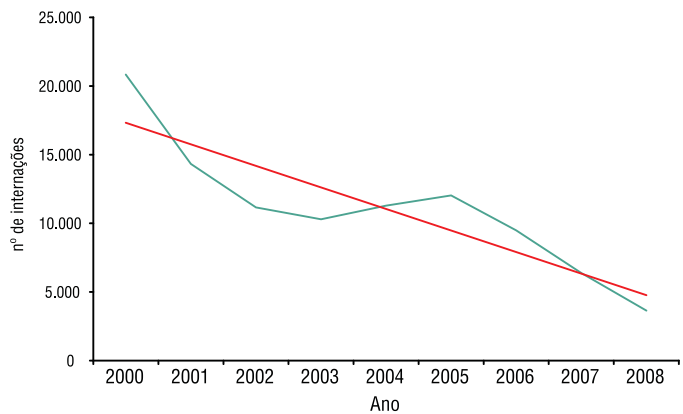


Fonte: SISMAL/SIVEP/SVS/MS



A estratégia Saúde da Família possui um contingente de mais de 17 mil agentes comunitários envolvidos no controle da malária, quase a metade da força de trabalho para o controle da doença. Esse fator tem proporcionado uma ampla busca de casos nos últimos anos, coletando anualmente cerca de 400 mil lâminas para o diagnóstico. Tudo isso contribuiu também para a melhoria dos indicadores que medem a gravidade da doença.

Internação por malária na Amazônia, 2000 a 2008



Fonte: SIH/SUS/MS

De 2000 a 2008 o número de internações por malária diminuiu de 20.830 para 3.647, uma redução de 82,5%

VOCÊ SABIA?

Em geral, os picos de transmissão da malária na Amazônia estão associados ao processo de colonização na região. Atualmente um grande número dos municípios está em processo de desenvolvimento e boa parte da população depende de atividades de extrativismo e exploração de recursos das florestas para sua sustentação, expondo-se desta forma ao risco de contrair a doença.



FEBRE TIFÓIDE

No Brasil, os coeficientes de morbimortalidade por febre tifóide apresentaram uma queda acentuada durante os anos 80 e 90, culminando com uma redução de 10 vezes no coeficiente de incidência registrado entre os anos de 1984 (3,63casos/100.000hab.) e 1999 (0,46 casos/100.000hab.). Neste mesmo período, o número de casos confirmados foi reduzido de 4.689 em 1984 para 757 casos registrados em 1999, numa redução de 84%.

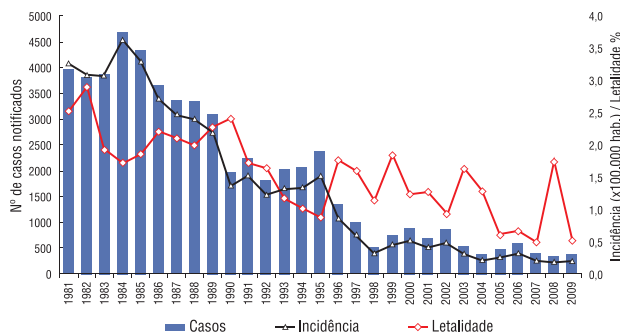
Em grande parte, a redução significativa na incidência de febre tifóide observada em meados dos anos 90 ocorreu em virtude da instituição do programa de distribuição de hipoclorito de sódio a 2,5%. Esta iniciativa do MS atende famílias sem acesso a água tratada. Nos primeiros anos deste século os indicadores de morbidade se mantiveram constantes, com a incidência variando em torno de $0,47 \pm 0,05/100$ mil habitantes. Foram registrados aproximadamente 800 casos anuais, entre 2000 e 2002.

Os indicadores voltaram a apresentar queda a partir de 2002, com redução média anual de 32,6% até 2004 (36,2% em 2003 e 29% em 2004). Em 2006 esta tendência foi interrompida pelo aumento de 21% no número de casos notificados, que saltou de 494 em 2005 para 601 casos em 2006. Nos anos seguintes, o número de casos de febre tifóide voltou a apresentar queda, com o registro em 2008 de 345 casos, uma redução de 42,5% em relação a 2006.



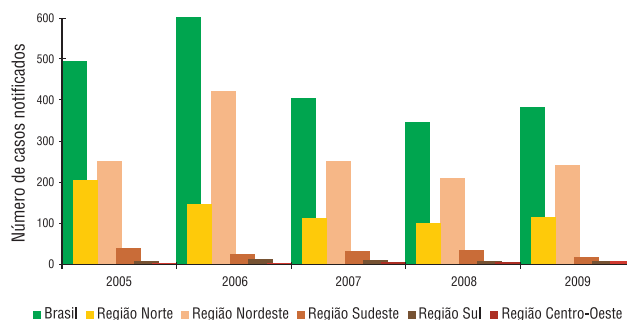
A região Nordeste responde pela maior ocorrência de casos de febre tifóide no Brasil. Nos últimos cinco anos, 2005 a 2009, os estados nordestinos notificaram - em média - 62% dos casos confirmados do país. Em seguida aparecem os estados da região Norte, com aproximadamente 30% das notificações.

Casos notificados, incidência e letalidade de febre tifóide. Brasil, 1981 e 2009*



Fonte: SINAN/SVS/MS - atualizado em 05-03-2010 *Dados preliminares sujeitos a revisão
Execução: COVEH/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Análise macrorregional da ocorrência de febre tifóide. Brasil, 2005 a 2009*



Fonte: SINAN/SVS/MS - atualizado em 05-03-2010 *Dados preliminares sujeitos a revisão
Execução: COVEH/CGDT/DEVEP/SVS/MS

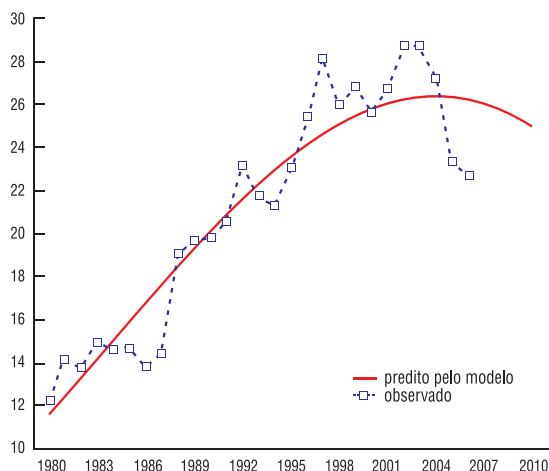
HANSENÍASE

O Brasil apresenta uma tendência de estabilização estatisticamente significativa no que se refere aos coeficientes de detecção de hanseníase, mas ainda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Em 2008, foram notificados 39.047 novos casos no país, o correspondente a 20,59 casos por 100 mil habitantes. Desses, 2.913 casos foram registrados em menores de 15 anos, com um coeficiente de 5,89 por 100 mil habitantes.

A redução de casos em menores de 15 anos é prioridade da coordenação geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde. A detecção de casos nessa faixa etária tem relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Por isso, seu acompanhamento epidemiológico é relevante para o controle da hanseníase.

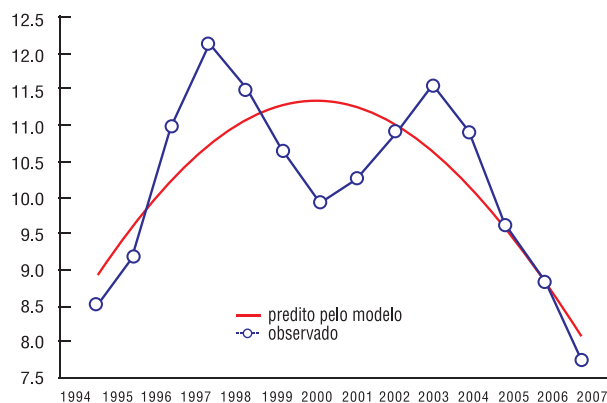
1.173 municípios brasileiros estão inseridos nas dez áreas de maior detecção de casos de hanseníase. Entre os anos de 2005 e 2007 eles representaram 53,5% dos casos novos

Tendência de detecção geral e predição de casos novos de hanseníase por 100.000 hab. Brasil, 1980 a 2010



Fonte: Penna, MLF, 2008

Tendência de detecção geral da hanseníase em menores de 15 anos por 100.000 hab. Brasil, 1994 a 2007



Fonte: Penna, MLF, 2008

VOCÊ SABIA?

O Brasil tem como principal indicador de monitoramento da epidemia o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, inserido no PAC Mais Saúde e no Plano Nacional de Saúde 2008-2011.

Para saber mais:

Leia mais sobre as ações de controle e combate à hanseníase acessando o endereço eletrônico www.saude.gov.br/vigilanciaepidemiologica/hansenise



EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

Nos últimos 25 anos o mundo vem sofrendo transformações que causaram grande impacto na saúde pública dos países. Várias doenças imunopreveníveis tiveram intensa redução de ocorrência nas Américas e em outras regiões do mundo. Em contrapartida, doenças como AIDS, SARS [síndrome aguda respiratória severa], Febre do Nilo Ocidental, influenza aviária e a recente pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1) afetaram um número significativo de pessoas.

A velocidade e a intensidade da ocorrência dessas doenças estão relacionadas a importantes modificações sociais, econômicas e ambientais ocorridas no mundo nas últimas décadas, e são frutos também da intensificação do fluxo de pessoas e de mercadorias entre países, bem como das influências antropogênicas (causadas pelo homem) no meio ambiente.

Neste cenário, a emergência e a reemergência das doenças infecciosas e a ocorrência de outros agravos representam um grande desafio à saúde pública, obrigando os governos e a comunidade científica internacional a priorizarem ações de saúde e a estabelecerem políticas voltadas para o monitoramento e a vigilância de eventos de importância para a saúde pública mundial.

O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar um centro de alerta e resposta às emergências de saúde pública

O Centro Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) tem como atribuições fomentar a captação de notificações, o manejo e a análise de dados e informações estratégicas relevantes à vigilância em saúde, congregando mecanismos de comunicação avançados e disseminar notícias de saúde pública.

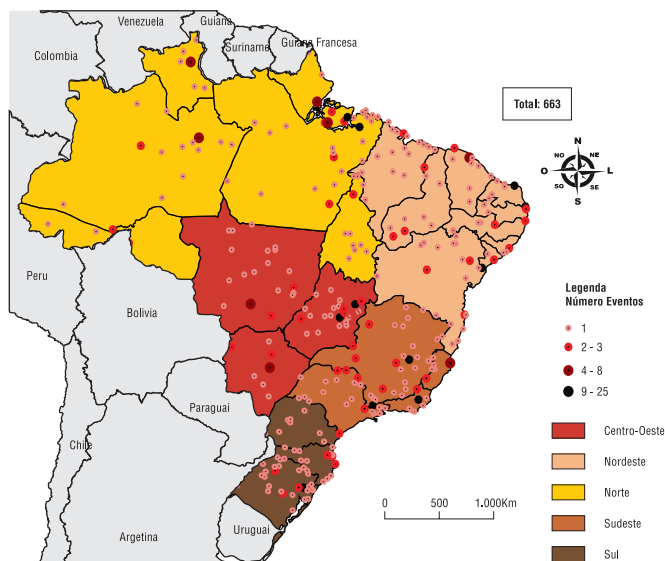
Constituído em 2006, o CIEVS amplia a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e internacional. Ele integra a rede mundial de alerta e resposta [Global Outbreak Alert and Response Network – GoARN] da Organização Mundial de Saúde.

Visando ampliar o trabalho de vigilância e resposta às emergências, o Ministério da Saúde vem investindo na estruturação da Rede CIEVS, composta por centros de monitoramento nas secretarias de saúde estaduais e municipais. Atualmente existem 22 centros estruturados nas secretarias de Estado e outros 20 em secretarias municipais.

VOCÊ SABIA?

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) é um instrumento jurídico aprovado pelos países membros da OMS para ajudar a proteger as nações contra a propagação internacional de doenças, incluindo os riscos e as emergências para saúde pública. Cada país deve ter e desenvolver a capacidade de notificar e analisar rapidamente os eventos e doenças, para determinar o potencial de atingir outros países e regiões, bem como desenvolver ações necessárias para a prevenção e controle dessas situações.

Eventos de relevância nacional notificados ao CIEVS/SVS
Brasil, 2006 a 2009



MORTALIDADE INFANTIL

A redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em 2008, com dados preliminares dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos e Óbitos (SINASC e SIM), a TMI para o Brasil era de 18,97, sendo a meta para 2015 de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos - redução em dois terços da TMI entre 1990 e 2015. Porém, existe uma grande desigualdade entre as Unidades da Federação em relação à TMI, percentual de redução da TMI e percentual de óbito infantil investigado em 2008, com dados preliminares.

Taxa de Mortalidade Infantil por Unidade da Federação em 1990 e 2008*, percentual de redução e percentual de óbito infantil investigado em 2008*

Unidade da Federação	TMI			% óbito infantil investigado
	1990	2008*	% de Redução	
BRASIL	47,1	19,0	59,7	27,4
NORTE	45,9	21,1	53,9	12,7
Rondonia	42,6	19,1	55,2	11,5
Acre	56,5	26,7	52,7	21,0
Amazonas	44,5	20,4	54,2	7,6
Roraima	39,6	16,0	59,7	32,1
Para	46,2	22,2	52,0	8,4
Amapá	38,1	20,1	47,1	0,3
Tocantins	44,9	20,3	54,7	56,8
NORDESTE	75,8	26,7	64,7	27,0
Maranhão	76,6	28,1	63,3	25,5
Piauí	65,0	24,8	61,8	15,6
Ceará	79,5	22,7	71,5	72,2
Rio Grande do Norte	75,7	28,2	62,7	12,7
Paraíba	81,9	28,8	64,9	14,6
Pernambuco	77,0	26,4	65,7	32,8
Alagoas	102,2	38,5	62,3	33,6
Sergipe	65,5	28,3	56,8	28,7
Bahia	66,0	24,6	62,7	7,0
SUDESTE	32,6	14,1	56,7	25,2
Minas Gerais	39,0	16,6	57,3	15,4
Espírito Santo	33,2	14,6	56,0	29,6
Rio de Janeiro	32,3	14,4	55,4	43,3
São Paulo	30,8	12,6	58,9	22,3
SUL	28,3	12,8	54,7	54,8
Paraná	35,1	13,3	62,0	42,0
Santa Catarina	33,6	11,8	64,8	40,7
Rio Grande do Sul	26,2	12,9	50,8	77,7
CENTRO-OESTE	34,3	15,8	54,0	24,4
Mato Grosso do Sul	32,3	16,6	48,8	0,6
Mato Grosso	37,5	17,5	53,3	59,4
Goiás	35,1	16,3	53,6	17,2
Distrito Federal	28,9	12,0	58,4	18,5

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS
*Dados preliminares para 2008

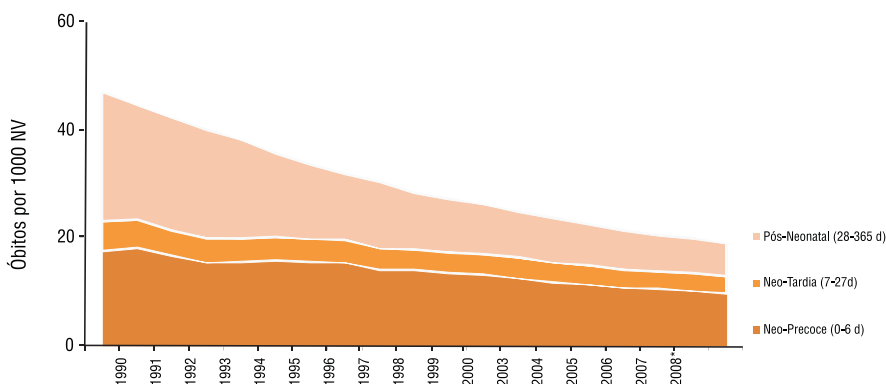


A redução da mortalidade infantil vem ocorrendo em seus três componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 365 dias). Em 1990 o maior componente dessa taxa era o pós-neonatal; em 2008, com dados preliminares, os óbitos se concentram no neonatal precoce.



A taxa de mortalidade infantil tem caído principalmente pela redução da mortalidade pós-neonatal, reflexo da melhoria da atenção básica à criança e dos fatores associados ao meio ambiente, sobretudo à qualidade da água e ao saneamento

Distribuição do óbito infantil por componentes. Brasil, 1990 a 2008*



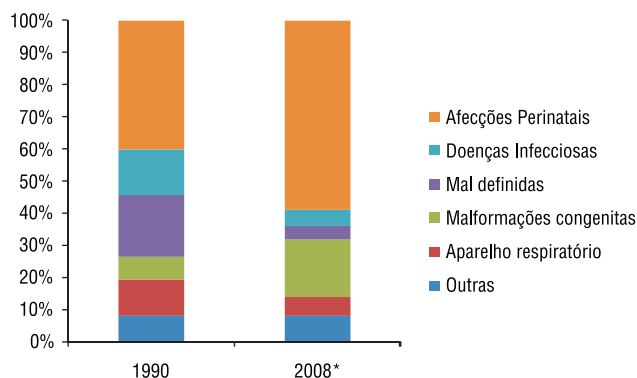
Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS
*Dados preliminares para 2008

As afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto (como os transtornos relacionados com a duração da gestação, os problemas cardiorrespiratórios do recém-nascido e os traumatismos de parto, entre outras causas) constituem o principal grupo de causa de mortalidade de crianças menores de um ano. Em 1990 representavam 39,9% e em 2008, com dados preliminares, representam 58,7% dos óbitos infantis.

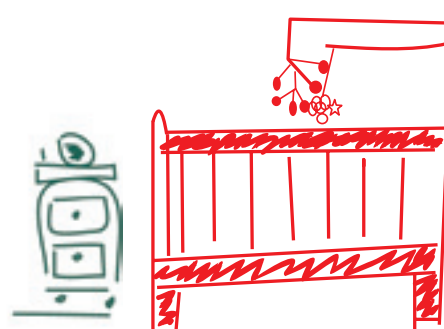
Malformações congênitas representavam 6,7% dos óbitos infantis e em 2008, com dados preliminares, representam 18,3%. O grupo de causas mal definidas também apresentou considerável redução.



Distribuição percentual das causas de mortalidade infantil. Brasil, 1990 e 2008*



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS
*Dados preliminares para 2008



A redução da mortalidade infantil pelas doenças infecciosas se deve às melhorias nas condições de saneamento, ao aumento do número de anos de estudo das mães, à melhoria na qualidade da atenção básica, às ações de imunização, vigilância sanitária e epidemiológica e à introdução do programa Saúde da Família.

Para saber mais:

Conheça outras ações do MS para reduzir a mortalidade infantil, acessando http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1251

Ações do Ministério da Saúde para redução da mortalidade infantil:

- Rede Norte/Nordeste de Saúde Perinatal;
- Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões Nordeste e Amazônia Legal;
- Criação do Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal;
- Fortalecimento e Expansão da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru);
- Fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

VOCÊ SABIA?

- A redução das causas de óbito mal definidas indica que houve melhoria no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Problemas na gestação e no parto provocam mais de 80% dos óbitos neonatais.
- Melhorias em saúde, meio ambiente e educação ajudaram a reduzir óbitos.



MORTALIDADE MATERNA

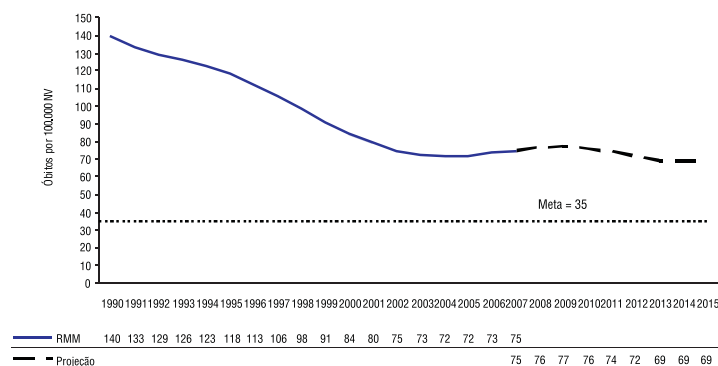
A razão de mortalidade materna (RMM) estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos (NV). O número de NV é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.

No Brasil, desde 1990, tem sido registrada uma importante redução na taxa de mortalidade materna. Naquela época, a RMM era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, declinando em 2007 para 75 óbitos, o que representa uma diminuição aproximada de 50%. Os avanços na investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 19 anos) e, conseqüentemente, no registro de óbitos maternos, contribuíram para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar até 2015 a RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos.



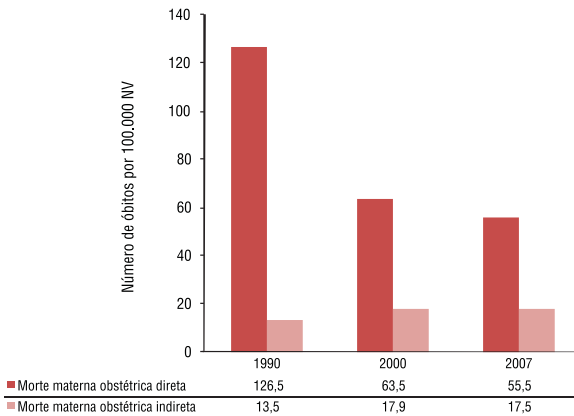
Razão de mortalidade materna (por 100 mil NV) ajustada, projeção até 2015 e meta a ser atingida. Brasil, 1990 a 2007



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

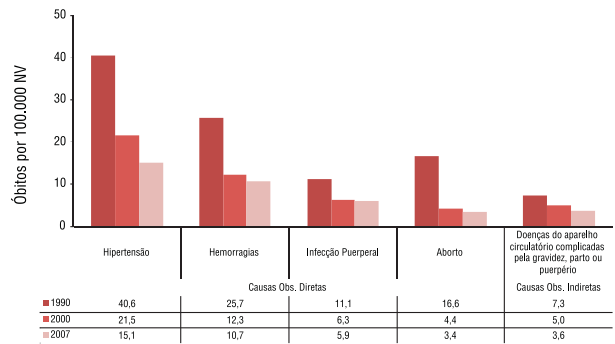
As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, no parto ou puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de internações, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. Já as indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios.

Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS

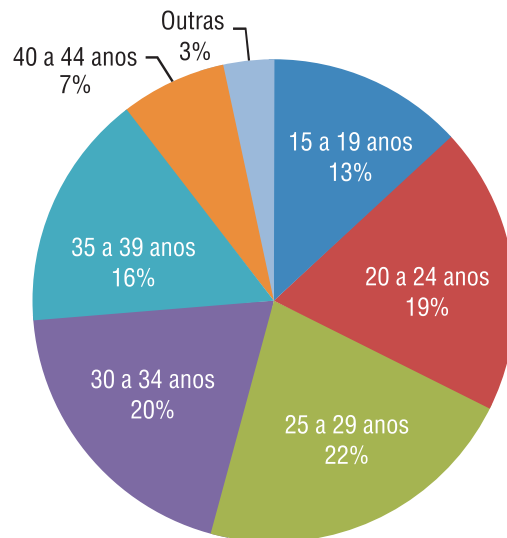
Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS

Em 2007, 13,1% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres de 15 a 19 anos e 19% ocorreram na faixa etária de 20 a 24 anos

Distribuição percentual do óbito materno por grupo de idade em 2007



Fonte: SIM - CGIAE/DASIS/SVS/MS



VOCÊ SABIA?

A implementação simultânea de políticas públicas que qualificam a atenção e melhoram a informação de óbitos pode estar contribuindo para a estabilidade da mortalidade materna nos últimos anos, uma vez que vem proporcionando o registro de um contingente de óbitos maternos que não eram notificados e também pela investigação dos óbitos com causas mal definidas que passam a ser computados como óbitos maternos. Contudo, mesmo com esses avanços, ainda há necessidade de aprimorar a investigação e aumentar da cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Um exemplo das iniciativas em curso é a pesquisa de busca ativa de óbitos e nascimentos e a implantação do módulo de investigação de mortes maternas no aplicativo do SIM, iniciada em 2009 e promovida pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).



Óbitos total e investigado de mulheres em idade fértil (MIF), em 2008*

Unidade da Federação	Óbito de Mulher em Idade Fértil		% óbito MIF investigado
	Total	Investigado	
BRASIL	64.778	27.626	42,6
NORTE	4.604	1.132	24,6
Rondonia	460	176	38,3
Acre	207	113	54,6
Amazonas	958	220	23,0
Roraima	140	115	82,1
Para	2.274	222	9,8
Amapa	162	-	0,0
Tocantins	403	286	71,0
NORDESTE	16.943	7.061	41,7
Maranhao	1.869	606	32,4
Piaui	993	596	60,0
Ceara	2.380	1.965	82,6
Rio Grande do Norte	823	456	55,4
Paraiba	1.253	672	53,6
Pernambuco	3.242	1.643	50,7
Alagoas	1.048	324	30,9
Sergipe	688	217	31,5
Bahia	4.647	582	12,5
SUDESTE	29.044	11.500	39,6
Minas Gerais	6.931	2.815	40,6
Espirito Santo	1.389	499	35,9
Rio de Janeiro	6.927	3.783	54,6
Sao Paulo	13.797	4.403	31,9
SUL	9.402	5.381	57,2
Parana	3.736	2.736	73,2
Santa Catarina	1.978	848	42,9
Rio Grande do Sul	3.688	1.797	48,7
CENTRO-OESTE	4.785	2.552	53,3
Mato Grosso do Sul	896	447	49,9
Mato Grosso	1.021	792	77,6
Goiias	2.074	793	38,2
Distrito Federal	794	520	65,5

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS
*Dados preliminares para 2008

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional. Visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Assim, constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção. Para saber mais, acesse http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_obtido_materno.pdf

Para 2010 e 2011 está prevista a realização de um curso de educação à distância com 4000 vagas, para qualificação dos membros e futuros integrantes dos Comitês de Mortalidade Materna Infantil e Fetal. A iniciativa é do Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Para saber mais:

Conheça a Portaria n.º 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Acesse http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html



ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

As causas externas - acidentes e violências - são responsáveis por um alto número de mortes e de lesões na população. As principais vítimas são as pessoas mais jovens, com conseqüente diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente de crianças, adolescentes e jovens.

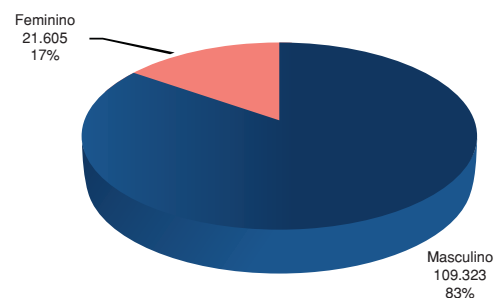
VOCÊ SABIA?

- No Brasil, em 2007, as causas externas foram responsáveis por 131 mil óbitos, o equivalente a 12,5% do total de mortes. Foi a terceira maior causa de óbitos no país.

- Entre os homens com idade de 15 a 59 anos, as causas externas foram responsáveis por 420 mil internações.

- As quedas representaram a primeira causa de internação (41,6%), seguida dos acidentes de transporte (14,9%).

Distribuição de óbito por causas externas por sexo. Brasil, 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM

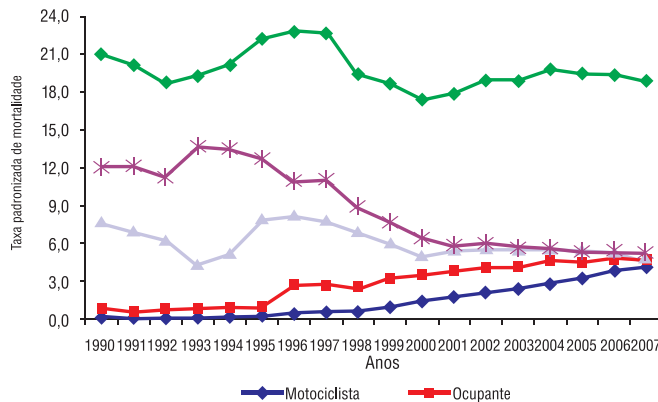


Acidentes de Trânsito

Ocorreram no Brasil 37.407 óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) em 2007. A redução de 23% nas taxas de mortalidade por ATT, observada até o ano 2000, está relacionada à implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Após este período existe uma pequena elevação que praticamente se estabiliza nos anos recentes.

Os homens apresentam maior risco de morte por causas externas

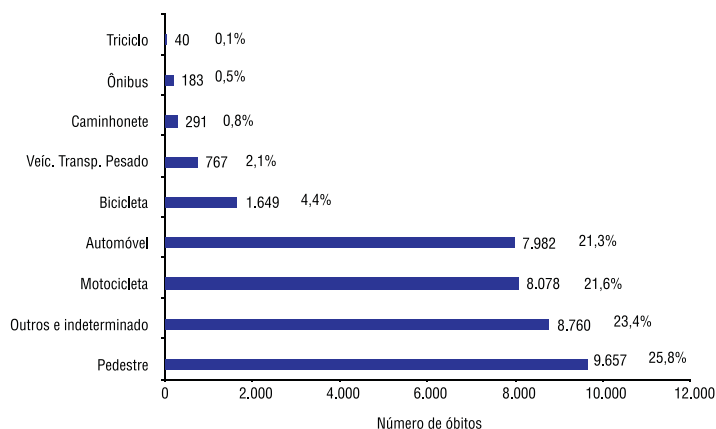
Taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre, segundo condição da vítima. Brasil, 1990 a 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM



Óbitos por acidentes de transporte terrestre, segundo meio de transporte da vítima. Brasil, 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM



Lei Seca

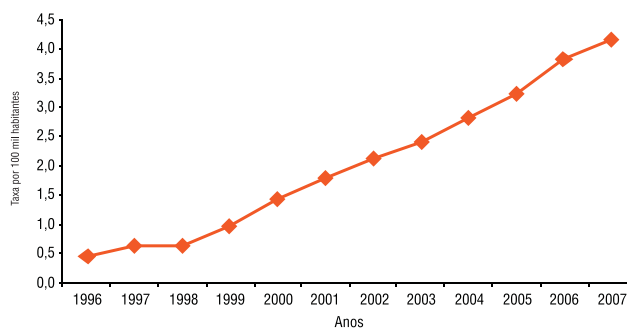
Em 2008 entrou em vigor a lei n.º 11.705, conhecida como Lei Seca, proibindo o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos. Após um ano de implantação, a medida foi avaliada pelo Ministério da Saúde e verificou-se uma significativa redução na mortalidade e nas internações decorrentes de acidentes de trânsito.

Leia mais no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_6.pdf.

A mortalidade por acidentes envolvendo motociclistas é um fenômeno crescente em todo o país. Em 2007 esses óbitos ultrapassaram as mortes com ocupantes de automóveis.

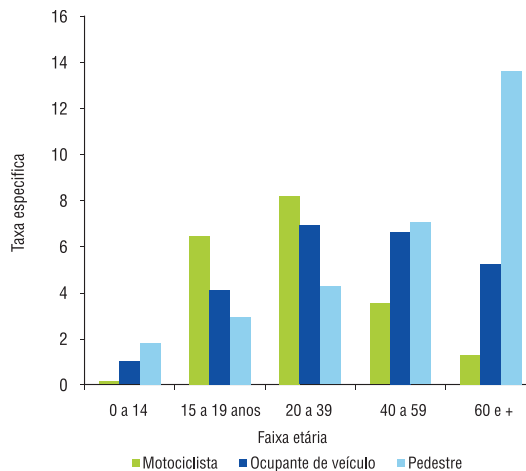
O risco de morte por acidente envolvendo motociclistas é maior na faixa etária de 15 a 39 anos. Em relação a crianças e pessoas idosas, o risco maior de morrer por acidentes de transporte terrestre é em decorrência de atropelamento.

Taxa padronizada de mortalidade por 100 mil habitantes, decorrente de acidentes envolvendo motociclistas. Brasil, 1996 a 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM

Taxa de mortalidade específica por faixa etária, segundo condição da vítima no momento do acidente. Brasil, 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM

Homicídios

Do total de homicídios no Brasil em 2007, 92% das vítimas foram homens. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) apontam ainda o predomínio dos mais jovens: 37% tinha entre 20 e 29 anos, enquanto 80,9% estava na faixa dos 15 a 49 anos de idade.

A taxa de mortalidade por homicídios no período de 1996 a 2003 teve aumento de 16,2%, e o número de óbitos passou de 24,2 para 28,1 por 100 mil habitantes. As agressões por arma de fogo também tiveram aumento de 35,8% no mesmo período, elevando de 15,3 para 20,8 o número de óbitos por 100 mil habitantes.

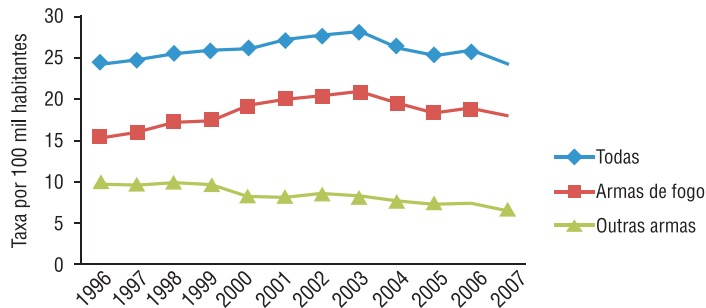
As agressões por armas de fogo representam 70% do total

Para saber mais:

No endereço eletrônico a seguir estão disponíveis mais informações a respeito da análise de mortalidade por homicídios no Brasil. Acesse http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100002&lng=pt&nrm=iso



Tendência da taxa de mortalidade por homicídio, segundo tipo de arma.
Brasil, 1996 a 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/SIM

VOCÊ SABIA?

Em 2003 foi implantado o Estatuto do Desarmamento no Brasil, que determinou um maior controle sobre a compra, venda, registro e porte de armas de fogo. Em julho de 2004 começou o recolhimento voluntário dessas armas. Tais medidas são apontadas como responsáveis pela redução das taxas de mortalidade e de internação no SUS por agressão.



Outras violências

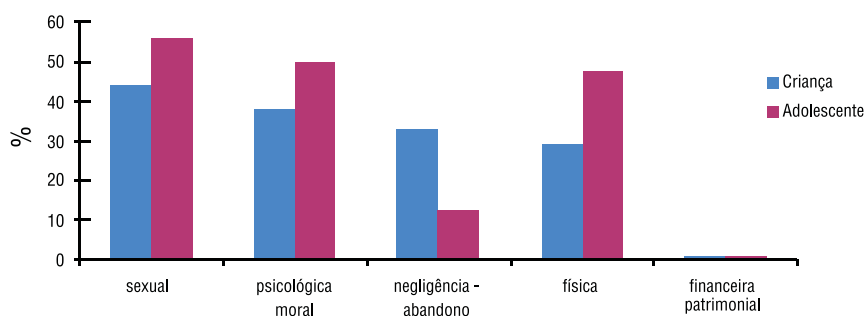
O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) objetiva promover o diagnóstico mais sensível da situação e de conhecer a magnitude e gravidade das violências e acidentes, especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e internações hospitalares (SIH), como os casos de agressões/maus-tratos e tentativas de suicídio. O sistema é composto por dois componentes de vigilância: Contínuo e Sentinela, este realizado bi anualmente em serviços de urgência e emergência.

Dados do VIVA Contínuo apontam que a violência sexual, seguida da psicológica, foram as principais causas de atendimentos a crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos) no período de agosto de 2006 a julho de 2007. Na população idosa, no mesmo período, o sistema registrou como principais causas de atendimento as violências psicológica e física, respectivamente. Informações adicionais sobre o VIVA podem ser obtidas no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612



As mulheres, crianças e idosos são as principais vítimas de violência doméstica e sexual

Proporção de violências notificadas contra Crianças (0 a 9 anos de idade) e Adolescentes (10 a 19 anos) segundo a natureza da violência. Brasil, agosto de 2006 a julho de 2007



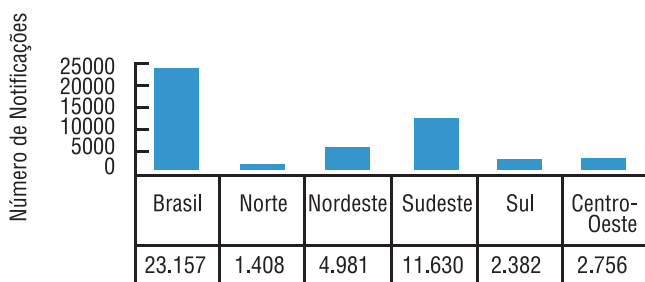
Fonte: VIVA 2006/2007

Desde 2009 o componente de vigilância contínua do VIVA foi implantado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). No período de janeiro a novembro do mesmo ano foram registradas 23.157 notificações de violência doméstica, sexual e outras nesse sistema.

Para saber mais:

No Brasil e no mundo as violências representam um grave problema de saúde pública com alto impacto sobre a morbimortalidade da população, o que repercute nos altos custos sociais, econômicos, familiares e pessoais. Saiba mais sobre o tema acessando http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1520

Número de Notificações VIVA Contínuo total e por Regiões do Brasil (Janeiro a novembro de 2009)



Fonte: VIVA 2009



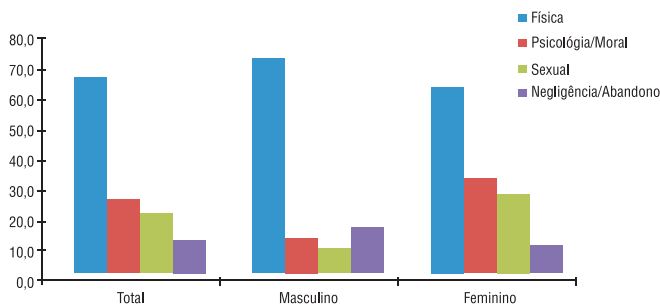
Em todas as regiões do país, estudos do VIVA Contínuo realizados em 2006 e 2007 apontaram que a violência física foi a mais recorrente em ambos os sexos.

VOCÊ SABIA?

- Toda a suspeita ou confirmação de casos de violência deve ser obrigatoriamente notificada e comunicada ao Conselho Tutelar e ao serviço de Vigilância Epidemiológica/Vigilância em Saúde do município, sem prejuízo de outras providências legais (Estatuto da Criança e do Adolescente).

- A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de acidentes e de violências em crianças, nos anos de 2006 e 2007. Os dados são do VIVA.

Predominância de violências registradas, segundo tipo. Brasil, 2006 e 2007



Fonte: MS/SVS/DASIS/VIVA Contínuo 2006/2007



REDUÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE

A redução das desigualdades sociais é uma das mais importantes diretrizes que orientam as políticas governamentais. As desigualdades em saúde quando persistentes e passíveis de mudança são chamadas também de iniquidades. Existem evidências epidemiológicas das desigualdades em saúde e elas podem estar relacionadas ao nível de renda, à questão de gênero, orientação sexual, etnia, ou à ocupação territorial. Não apenas a exclusão social, mas o preconceito e a discriminação são fatores responsáveis pelas iniquidades em saúde. Por isso o Ministério da Saúde, convocado pelos respectivos movimentos sociais, vem trabalhando com as populações negra, do campo e da floresta, em situação de rua, LGBT e ciganos, dentre outras.

O Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do MS assumiu a condução deste processo, mobilizando todas as áreas técnicas do ministério na definição de objetivos, metas e estratégias que devem ser implementadas pelo SUS para a modificação do quadro de desigualdades.

Estas políticas são elaboradas a partir do reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Os limites setoriais para abarcar as complexas situações da determinação social requerem que o setor saúde se integre às demais áreas de governo, nacionais, estaduais e municipais, convocando-as ao compromisso com a saúde. Por outro lado essa intersetorialidade necessária para construção da saúde reforça a necessidade da mobilização e da participação social.



VOCÊ SABIA?

- Hoje o Ministério da Saúde conta com Comitês Técnicos voltados para a construção de estratégias de promoção de equidade em saúde. Esses comitês têm sido importantes para a criação de políticas já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, a exemplo das políticas nacionais de saúde integral das populações negra, LGBT e do campo e da floresta.

- Em 2009 o CNS aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), construída pelo Dagep, com ampla participação social.

- Em dezembro de 2009 o Governo Federal instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Como representante do Ministério da Saúde, o Dagep criou um comitê técnico e articulou a implementação de ações para resolução das necessidades desse grupo. Todo município que tenha população em situação de rua poderá ser beneficiado com mecanismos de oferta de serviços de saúde para estas pessoas.

- A interface entre as políticas de saúde das populações negra e do campo e da floresta abrange de forma detalhada a população quilombola. Os municípios que possuem comunidades quilombolas certificadas dispõem atualmente de incentivo especial do MS, para garantir a esta população o direito à saúde.



A Portaria nº 648, de 2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica e aumentou em 50% o valor dos incentivos em Saúde da Família para municípios com população de remanescentes quilombolas e assentamentos rurais

A ParticipaSUS fomenta a criação de instâncias técnicas de promoção da equidade em saúde nos estados, a elaboração de políticas inclusivas para diferentes grupos populacionais e o desenvolvimento de ações que promovam a sensibilização de gestores e trabalhadores de saúde. Estimula ainda a realização de atividades voltadas para a disseminação dos direitos dos usuários do SUS junto às unidades de saúde e à população em geral.

Enquanto compromisso governamental, a promoção da equidade se fortalece a partir de ações e compromissos intersetoriais que promovam a articulação entre diversas áreas de governo, para garantia de direitos e de expressão destas populações. Destacam-se as ações da Secretaria de Direitos Humanos (SEDH), Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR).

Para saber mais:

Programa Brasil sem Homofobia:

http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/brasilem/

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_de_saude_integral_da_pop_negra2.pdf

Programa Brasil Quilombola:

http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/seppir/acoes/pbq/principalfolder_view/



OUVIDORIA-GERAL DO SUS

Importante canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, a Ouvidoria figura como espaço de cidadania e mediação de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde. Suas principais atribuições são: implementação de políticas de estímulo à participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços públicos de saúde, disseminação de informações necessárias ao exercício do direito à saúde, registro e tratamento de manifestações dos cidadãos relativas ao SUS e apresentação de informações estratégicas aos gestores, decorrentes de manifestações.

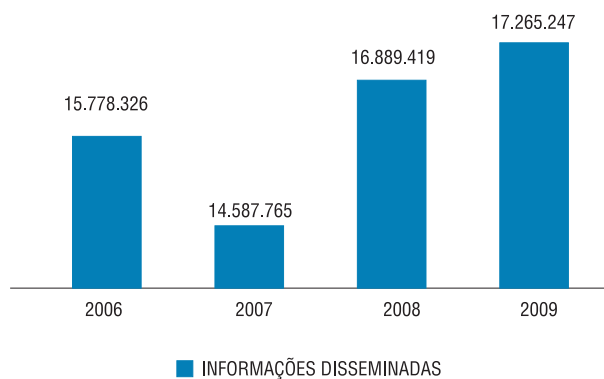


Para saber mais:

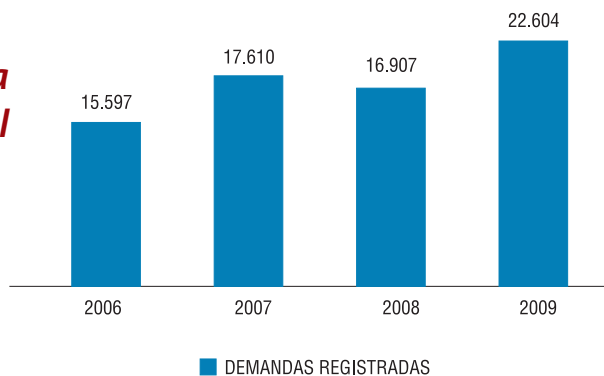
As manifestações recebidas pela Ouvidoria podem ser de caráter apenas informativo ou de registro de demandas, casos em que o cidadão necessita de um procedimento ou declara seu descontentamento com alguma ação ou serviço. O registro ocorre em todos os canais de entrada - telefone, pessoalmente, internet (e-mail e formulário web), carta e correspondência oficial. Contudo, a manifestação por telefone pode ser finalizada via atendimento sem a necessidade do registro.

O telefone é o meio mais utilizado para registro de demandas na Ouvidoria-Geral do SUS, aproximadamente 46% do total

Informações disseminadas pela Ouvidoria-Geral do SUS. Brasil, 2006 a 2009



Demandas registradas pela Ouvidoria-Geral do SUS. Brasil, 2006 a 2009



Sistema Nacional de Ouvidorias

O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO) está estruturado na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. A Ouvidoria-Geral do SUS e as ouvidorias estaduais e municipais que compõem o sistema atuam de forma complementar, considerando estruturas institucionalizadas, tais como Conselhos de Saúde, Corregedorias, Comissões Intergestores e Sistema Nacional de Auditoria. O SNO contempla uma rede articulada de ouvidorias do SUS com capacidade de integrar e sistematizar as demandas em saúde.

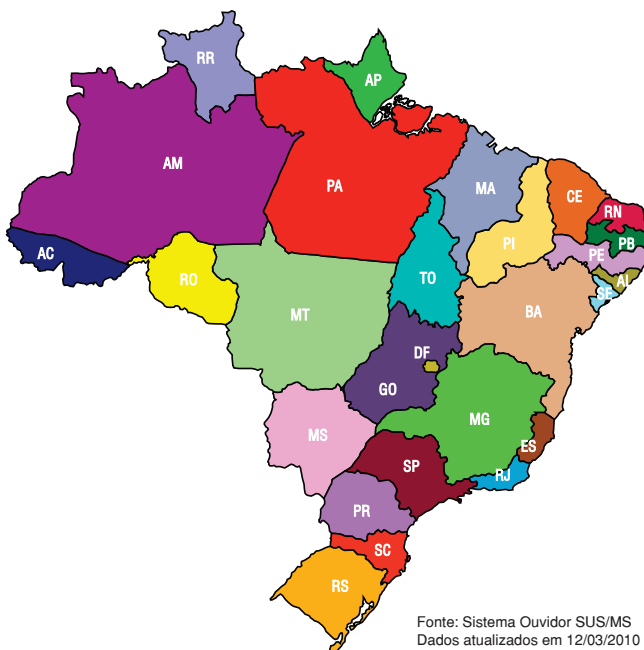
O objetivo é aproximar as reais necessidades da população junto aos responsáveis em rever, avaliar e definir as ações de reformulação das políticas públicas de saúde. Na perspectiva da humanização do atendimento, o sistema trabalha principalmente a dimensão ético-humanista das demandas sociais, visando atender diretamente às necessidades apontadas pelo usuário na sua relação com as ações e os serviços públicos de saúde.

Para facilitar esse trabalho, utiliza-se como ferramenta o sistema informatizado OuvidorSUS. Este possui dois níveis de acesso: o nível I, que inclui, encaminha, recebe e responde as manifestações, permitindo a criação de sua própria rede; e o nível II, que possibilita o recebimento e resposta das manifestações criadas pelo Doges, assegurando a todos os gestores cadastrados nesse nível integrarem uma rede.

O número de elogios ao sistema público de saúde, entre 2006 e 2009, aumentou mais de 400%

Localidades onde foram implantadas/implementadas Ouvidorias, com o apoio do MS - Sistema informatizado OuvidorSUS, financiamento e capacitação

ESTADO	NÍVEL 1	NÍVEL 2
AC	1	40
AM	0	24
AP	0	6
PA	0	98
RO	1	48
RR	0	4
TO	0	20
DF	0	52
GO	2	176
MS	4	40
MT	1	38
AL	0	36
BA	2	408
CE	0	128
MA	1	118
PB	2	94
PE	2	226
PI	0	14
RN	0	24
SE	2	60
ES	0	76
MG	2	188
RJ	4	94
SP	1	564
PR	0	32
RS	0	34
SC	0	48



Fonte: Sistema Ouvidor SUS/MS
Dados atualizados em 12/03/2010

VOCÊ SABIA?

- Entre 2006 e 2009, do total de demandas registradas, 52% foram solicitações. Estas, na maioria dos casos, relacionadas à assistência farmacêutica, sobretudo a medicamentos não padronizados no elenco do SUS.

- Dos canais de comunicação disponibilizados pela Ouvidoria, o formulário web é o mais recente, criado em 2008. Ainda assim, em 2009, passou a ser um dos mais utilizados, sendo responsável por 45% das demandas.

- O Distrito Federal é o maior destinatário das manifestações que chegam à Ouvidoria, uma vez que, além das demandas ligadas à Secretaria de Estado da Saúde do DF, esse destino engloba todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde.

- A Ouvidoria-Geral do SUS também fornece informações importantes aos cidadãos. Para isso, conta com um banco de informações técnicas em saúde com mais de 70 temas disponíveis, como doenças, campanhas e ações estratégicas, dentre outros.



TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO

O Termo de Ajuste Sanitário (TAS) é mais que um avanço para as ações de auditoria do SUS, é um progresso para a saúde no Brasil. A iniciativa permitirá ao MS, por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), corrigir impropriedades constatadas pela auditoria de forma diferente das medidas adotadas para improbidades/ilegalidades. O TAS garantirá o devido financiamento às políticas de Saúde e o acesso dos usuários aos serviços.

O TAS representa mais do que o ressarcimento do dinheiro público. É a readequação da política de saúde que vinha acumulando prejuízos por impropriedades de gestão. Trata-se de um instrumento com bons resultados e usado em outras áreas, como o Ministério Público, onde se denomina Termo de Ajuste de Conduta (TAC). No caso do Termo de Ajuste Sanitário, em especial, poderá ser celebrado entre os gestores das três instâncias do SUS.

É importante salientar que o TAS somente será assinado quando não houver má administração do dinheiro público ou quaisquer ilegalidades. Se um gestor, por exemplo, recebe da União recursos para contratar profissionais para Atenção Básica e utiliza para outros fins, que não seja este, mas ligados ao SUS, isso se caracteriza como uma impropriedade e não uma ilegalidade ou malversação do recurso. Constatado um ato assim, o município ou o Estado podem propor um TAS, comprometendo-se com o MS a utilizar recursos próprios para repor ao seu respectivo Fundo de Saúde, em conta específica do programa/ação desfinanciado.

O primeiro TAS foi firmado em março de 2010, entre o MS e o município de Teresina, no Piauí. Celebrado com base nas ações do DENASUS, este TAS irá beneficiar cerca de 50 unidades de saúde do município com a compra de equipamentos básicos.

Melhorar a ação de auditoria no SUS é um dos principais objetivos do Termo. A decisão salvaguarda os gestores do Sistema Único de Saúde quanto às ações judiciais que impliquem em responsabilização por atos a eles atribuídos por impropriedade. O TAS qualifica a própria auditoria, agilizando o processo de correção e adequação da impropriedade, diferenciando a sanção para atos impróprios e ímprobos/ilegais e trazendo maior transparência à gestão, dada a obrigatoriedade de constar no Relatório de Gestão. Além disso, garante o devido financiamento das políticas de saúde desfinanciadas por atos de impropriedade.



VOCÊ SABIA?

- Antes da existência do Termo de Ajustamento Sanitário, o gestor municipal ou estadual devolvia ao Fundo Nacional de Saúde o dinheiro aplicado de forma contrária às normativas do Ministério. Com o TAS, o recurso permanece no município ou no estado, fortalecendo o SUS.

- A negociação do TAS teve início na Comissão Corregedora Tripartite (CCT). Posteriormente, a iniciativa foi aprovada na CIT, sendo resultado de negociações dentro do Ministério da Saúde, pela SGEF, DENASUS e com a participação do Conass e Conasems. Foi publicado no Diário Oficial da União, conforme Portaria nº 2.046, de setembro de 2009.

Para saber mais:

- Não se aplica o TAS em casos de recursos repassados mediante a celebração de convênio, acordo, ajuste ou instrumentos congêneres; quando houver infração à Lei, bem como a prestadores de serviços filantrópicos/privados.
- O prazo para que um gestor proponha um TAS é de quinze dias a partir do recebimento do relatório final que aponte a impropriedade. Quando transcorrido o tempo limite, sem manifestação de interesse em celebrar o Termo, o processo é encaminhado ao FNS, para que sejam instaurados os processos para ressarcimento ao Ministério da Saúde.

METAS DO MILÊNIO

No ano 2000, os 191 países reunidos na Cúpula do Milênio da Assembleia Geral das Nações Unidas assumiram o compromisso de cumprir os seguintes OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO:

Até 2015,



Erradicar a extrema pobreza e a fome

Metas

- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar, calculado pela paridade de seu poder de compra em cada país.
- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.



Atingir o ensino básico universal

Meta

- Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.



Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

Meta

- Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, mais tardar até 2015.



Reduzir a mortalidade na infância

Meta

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



Melhorar a saúde materna

Meta

- Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.



Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças

Metas

- Até 2015, ter detido a propagação do HIV/aids e começado a inverter a tendência atual.
- Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.



Garantir a sustentabilidade ambiental

Metas

- Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável às políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.
- Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável segura.
- Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados.



Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Metas

- Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.
- Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos.
- Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
- Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar sua dívida sustentável a longo prazo.
- Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam aos jovens obter um trabalho digno e produtivo.
- Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento; em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente das tecnologias de informação e de comunicações.



NA INTERNET

BRASIL - Governo Federal
www.brasil.gov.br

PR - Presidência da República
www.presidencia.gov.br; www.planalto.gov.br

MS - Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
www.saude.gov.br/sas

SCTIE - Secretaria de Ciência e Tecnologia
www.saude.gov.br/sctie

SE - Secretaria Executiva
www.saude.gov.br/se

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
www.saude.gov.br/sgep

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
www.saude.gov.br/sgtes

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs

CNS - Conselho Nacional de Saúde
www.conselho.saude.gov.br

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
www.opas.org.br

OMS - Organização Mundial da Saúde
www.who.int

MEC - Ministério da Educação
www.mec.gov.br

MCD - Ministério das Cidades
www.cidades.gov.br

MJ - Ministério da Justiça
www.mj.gov.br

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
www.ibge.gov.br

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
www.ipea.gov.br

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
www.unesco.org

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
www.unicef.org

INCA - Instituto Nacional de Câncer
www.inca.gov.br

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
www.abrasco.org.br

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
www.conass.org.br

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
www.conasems.org.br

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
www.dieese.org.br

SPM - Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
www.presidencia.gov.br/spmulheres/

SIPIA - Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
www.mj.gov.br/pronasci

OIT - Organização Internacional do Trabalho
www.oit.org

CGU - Controladoria-Geral da União
www.portaldatransparencia.gov.br

FGV - Fundação Getúlio Vargas
www.fgv.br

ANDI - Agência Nacional dos Direitos da Infância
www.redeandibrasil.org.br

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<http://www.cebex.org.br/>

MDA - Ministério de Desenvolvimento Agrário
www.mda.gov.br

Portal da Cidadania
www.territoriosdacidadania.gov.br

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
www.ans.gov.br

MPS - Ministério da Previdência Social
www.previdencia.gov.br

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521

DATASUS - Departamento de Informação e Informática do SUS
www.datasus.gov.br

DENATRAN - Departamento Nacional de Trânsito
www.denatran.gov.br

Observatório de Saúde do Trabalhador
www.saude.gov.br/trabalhador

SINAN-NET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
www.saude.gov.br/sinanweb

SDH - Secretaria Nacional de Direitos Humanos
www.presidencia.gov.br/sedh/

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
www.mte.gov.br

CNS - Conselho Nacional de Saúde
www.conselho.saude.gov.br

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
www.opas.org.br/ripsa

BIREME/OPAS-OMS - Biblioteca Virtual em Saúde
www.bireme.br

BVS/MS - Biblioteca Virtual em Saúde
www.ministerio.saude.bvs.br

MONITORAIDS - Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids
www.aids.gov.br/monitoraids

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
<http://www.fiocruz.br/>

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

SNT - Sistema Nacional de Transplantes
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004

SEPPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/seppir/

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
<http://www.cebrap.org.br/>



PUBLICAÇÕES



Painel de Indicadores do SUS

Dirige-se aos Conselheiros de Saúde – usuários, trabalhadores e gestores.

Perfil dos impactos da transição demográfica, novos modos de vida e políticas públicas nos indicadores de saúde.

Disponível no sítio: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>

Conheça a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**, cujo objetivo é a promoção de ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina, nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Disponível no sítio: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf



Leia no sítio do Ministério da Saúde o **Caderno de Atenção Básica 23 - Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Ele trata de questões importantes sobre o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares, em tempo oportuno, para crianças menores de dois anos. Acesse o endereço eletrônico: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>



O **Caderno de Informação Sangue e Hemoderivados - Rede Física, Serviços de Hemoterapia, Produção Hemoterápica e Matriz de Indicadores - 2009** apresenta informações sobre a rede física, a produção hemoterápica e a matriz de indicadores de avaliação do programa de Atenção às Pessoas com Hemofilia e Outras Doenças Hemorrágicas Hereditárias. Acesse: http://189.28.128.100/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1296

Saúde e Prevenção nas Escolas

Projeto dos Ministérios da Saúde e da Educação, que conta com o apoio da Unesco e Unicef. Representa um marco na integração saúde-educação e destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens.

Disponível no sítio: <http://www.aids.gov.br>. Clique em Publicações.



Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Discute o modelo assistencial orientado para responder às necessidades das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis.

Disponível no sítio: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>



Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de acidentes e violências, mediante a implementação de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações.



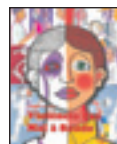
Apresenta a **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS**, cujo objetivo é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde da população brasileira relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Aprovada pela Portaria no 687, de 30/03/06 e publicada em 2007.

Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações



Violência Faz Mal à Saúde

Informa os profissionais de saúde, gestores do SUS e instituições parceiras sobre como a violência sofrida por crianças e adolescentes é reconhecida. A partir da realidade, trabalha com redes intersetoriais e multiprofissionais na perspectiva da prevenção e atenção integral, proteção de direitos e desenvolvimento saudável. Disponível no sítio: <http://www.saude.gov.br/svs>. Clique em Publicações

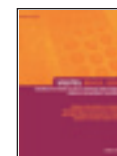


O **Guia Alimentar para a População Brasileira** contém as primeiras diretrizes para o hábito alimentar saudável e é estruturado em recomendações voltadas para diferentes públicos: família, população em geral, indústria e profissionais de saúde. Acesse as recomendações no endereço eletrônico: http://nutricao.saude.gov.br/guia_conheca.php



Vigitel Brasil

Apresenta resultados do monitoramento dos fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Disponível no sítio: http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008_web.pdf



SIGLÁRIO

AMQ	- Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	NV	- Nascidos vivos
Anvisa	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ODM	- Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ATT	- Acidentes de Transporte Terrestre	OMS	- Organização Mundial da Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral	ONU	- Organização das Nações Unidas
BPC	- Benefício de Prestação Continuada	OPAS	- Organização Pan-americana da Saúde
Cacon	- Centros de Alta Complexidade em Oncologia	PENSE	- Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
Caged	- Cadastro Geral de Emprego e Desemprego	PET-Saúde	- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial	PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Cebrap	- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento	PNCM	- Programa Nacional de Controle da Malária
CEO	- Centros de Especialidades Odontológicas	PNDS	- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
CES	- Conselho Estadual de Saúde	PNSSP	- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
CGD	- Carga Global de Doenças	Proesf	- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite	Prograb	- Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
CIEVS	- Centro Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde	Pronaf	- Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite	PSE	- Programa Saúde na Escola
CNCDO	- Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos	Rais	- Relação Anual de Informações Sociais
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	RedeBLH	- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
CNS	- Conferência Nacional de Saúde	Rename	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CNT	- Central Nacional de Transplantes	RIPSA	- Rede Interagencial de Informações para a Saúde
Conasems	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	RMM	- Razão de Mortalidade Materna
Conass	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde	RSI	- Regulamento Sanitário Internacional
CTB	- Código de Trânsito Brasileiro	SARS	- Síndrome aguda respiratória severa
Dagep	- Departamento de Apoio à Gestão Participativa	SB	- Saúde Bucal
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS	SEDH	- Secretaria de Direitos Humanos
Demags	- Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS	SEPPIR	- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
DEPEN	- Departamento Penitenciário Nacional	SF	- Saúde da Família
DSS	- Determinantes Sociais da Saúde	SIH	- Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares
EACS	- Estratégia Agentes Comunitários de Saúde	SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente	Sinan	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública	SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
ESB	- Equipe de Saúde Bucal	SIS-HiperDia	- Sistema de Informações de Hipertensos e Diabéticos
Fioeruz	- Fundação Oswaldo Cruz	Sisvan	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	SNT	- Sistema Nacional de Transplantes
Inca	- Instituto Nacional do Câncer	SPM	- Secretaria de Políticas para as Mulheres
INPC	- Índice Nacional de Preços ao Consumidor	TCG	- Termo de Compromisso de Gestão
IPA	- Incidência Parasitária Anual	TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
IRC	- Insuficiência renal crônica	UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
MEC	- Ministério da Educação	Unacon	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
MJ	- Ministério da Justiça	UnA-SUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
MS	- Ministério da Saúde	USP	- Universidade de São Paulo
MTC	- Medicina Tradicional Chinesa	Vigitel	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família	VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
NBCAL	- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Chupetas e Mamadeiras		

