

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A SAÚDE NO BRASIL
INDICANDO RESULTADOS
1994 - 2001

Série C. Projetos, Programas e
Relatórios



Brasília - DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 300 exemplares

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Silvandra Paiva Fernandes
Chefe de Gabinete

Otávio Azevedo Mercadante
Secretário Executivo

Paulo Mostardeiro Werberich
Chefe de Gabinete

Sady Carnot Falcão Filho
Supervisor Administrativo do Fundo Nacional de Saúde

Ailton de Lima Ribeiro
Subsecretário de Assuntos Administrativos

Arionaldo Bonfim Rosendo
Subsecretário de Planejamento e Orçamento

Marcos de Oliveira Ferreira
Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças

Anoílido Felisdório dos Santos
Coodenador-Geral de Planejamento

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Coordenação-Geral de Planejamento
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 3.º andar
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 315-2677
E-mail: cgpl@saude.gov.br

Equipe Técnica da Coordenação-Geral de Planejamento

Fernando Ferreira Daltro
José Rivaldo Melo de França - Responsável pela elaboração
José Soares de Sousa
Márcia Batista de Souza Muniz - Responsável pela elaboração
Marcos Antônio Dantas de Lima
Marcus César Ribeiro Barreto
Mauro Marques de Oliveira Filho
Michelle Feversani Prolo
Vinicius Fernando Veiga

Gráficos e Tabelas

Suely Oliveira Campos e Eduardo da Costa Martins

Editoração eletrônica e revisão de diagramação

Eduardo da Costa Martins

Criação da capa: William dos Santos Souza

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva.
SUS Sistema Único de Saúde: a saúde no Brasil indicando resultados 1994-2001 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
88 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
ISBN 85-334-0485-9
1. Indicadores de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria Executiva. III. Título. IV. Série.

NLM WA 900 DB8

Catalogação na fonte – Editora MS

Documentação e Informação

EDITORIA MS
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília-DF
Tels.: (61) 233-1774/2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS	5
1 CONCEITO	9
2 RESPONSABILIDADE	10
3 PLANEJAMENTO	14
4 DESTACANDO RESULTADOS	18
5 MARCOS INSTITUCIONAIS	26
6 BREVE AVALIAÇÃO	29
6.1 Condições de Gestão do Sistema de Saúde	30
6.2 Programa Saúde da Família - PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS	32
6.3 Mortalidade Infantil	39
6.4 Programa de Imunização	40
6.5 Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN	42
6.6 Saneamento Básico	43
6.7 Assistência Farmacêutica	45
6.8 Projeto Alvorada	48
6.9 Saúde da Criança	49
6.10 Saúde do Adolescente	50
6.11 Saúde da Mulher	50
6.12 Saúde do Idoso	52

6.13 Programa de Prevenção e Combate ao Câncer	53
6.14 Programa de DST e Aids	56
6.15 Febre Amarela	58
6.16 Malária	60
6.17 Doença de Chagas	62
6.18 Vigilância Ambiental em Saúde no SUS	62
6.19 Um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	63
6.20 Assistência Hospitalar no SUS	65
6.21 Assistência Ambulatorial	67
6.22 Mutirões de Cirurgia	69
6.23 Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços	73
6.24 Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras	74
6.25 Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar	75
6.26 Qualidade do Sangue	77
6.27 Pesquisa e Desenvolvimento: Respaldo às Ações de Saúde Pública	78
6.28 Saúde Suplementar: Regulação do Setor Saúde	79
6.29 Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS	80
6.30 Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS	81
6.31 Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE	83
7 EMENDA CONSTITUCIONAL DA SAÚDE	84
8 FONTES DE CONSULTA	85

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Agentes Indígenas de Saúde
AISA - Assessoria Internacional de Saúde
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCOM - Assessoria de Comunicação
BCG - Vacina contra o bacilo da Tuberculose
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD - Banco Mundial
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAF - Cirurgia de Alta Frequência
CDC - *Centers for Diseases Control and Prevention*
CECIH - Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar
CENEPI - Centro Nacional de Estudos Epidemiológicos
CGPL - Coordenação-Geral de Planejamento
CNS - Cartão Nacional de Saúde
COMPREV - Coordenação de Prevenção e Vigilância em Câncer
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DCAS - Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DIU - Dispositivo Intra-Uterino
DOU - Diário Oficial da União
DPE - Departamento de Programas Especiais
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP - Vacina contra difteria, tétano e coqueluche

EC - Emenda Constitucional
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GENOMA - Biotecnologia e Recursos Genéticos
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Vírus do Papiloma Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN - Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INCA - Instituto Nacional de Câncer
INCQS - Instituto Nacional para o Controle de Qualidade em Saúde
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU - Imposto sobre Propriedade Territorial Urbana
IPVA - Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR - Imposto de Renda
ISI - *Institute for Scientific Information*
ISS - Imposto Sobre Serviços
MPO - Ministério do Planejamento
MS - Ministério da Saúde
NB3 - Nível de Biossegurança 3
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NuBIO - Núcleo de Biossegurança
ONU - Organização das Nações Unidas
P&D - Pesquisa e Desenvolvimento
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAF - Portos, Aeroportos e Fronteiras
PEAa - Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*

PIACM - Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal

PPA - Plano Plurianual

PROFAE - Profissionalização da Enfermagem

PSF - Programa Saúde da Família

REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS

RH - Recursos Humanos

RNIS - Rede Nacional de Informação em Saúde

SAA - Subsecretaria de Assuntos Administrativos

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SE - Secretaria Executiva

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIS - Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

SISAGUA - Sistema de Informações para a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SOF - Secretaria de Orçamento Federal

SPO - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TELELAB - Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Laboratórios de Saúde Pública e de Unidades Hemoterápicas

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A SAÚDE NO BRASIL INDICANDO RESULTADOS 1994 – 2001

1 CONCEITO

A questão conceitual aqui enfocada, assume uma dimensão própria, haja vista as especificidades do tema abordado.

Está estabelecido pela Constituição Federal de 1988, art. 196, Seção II, que: *“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”*

Para dar conta dessa determinação legal, o Poder Legislativo votou as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142, que após sanção em 1990, tornaram-se os balizadores da organização do Sistema Nacional de Saúde – Leis Orgânicas da Saúde.

A partir de 1990, foi fincado um marco para o Setor Saúde: a universalização e a equidade na saúde aos cidadãos brasileiros estão determinadas na legislação que norteia a estruturação e a operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS.

Dessa forma, o Ministério da Saúde vem envidando esforços no sentido de adequar o seu orçamento às suas necessidades, modernizar sua estrutura física consoante aos ganhos de resultados, adequar as formas de gestão às especificidades do modelo adotado e capacitar seus recursos humanos para o aprimoramento na execução das ações.

Nesse sentido, as iniciativas de elaboração de documentos como a Norma Operacional Básica (NOB/91), a Descentralização das Ações e Serviços de Saúde, a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, a Norma Operacional Básica (NOB/93), a Norma Operacional Básica (NOB/96); Instrução Normativa n.º 1/98 - MS vieram aprimorar o modelo da descentralização dos serviços de saúde, institucionalizando o Piso da Atenção Básica - PAB e estabelecendo novas formas de gestão, que vêm sendo operacionalizadas com considerável êxito.

Essa estrutura normativa concorre para colocar em prática os princípios éticos/doutrinários delineados na Constituição de 1988. O processo de repartição do poder decisório e da responsabilidade de execução requer o amadurecimento político em torno de pactos entre as três esferas de poder e fomenta as práticas do controle social, possibilitando a participação da comunidade na execução dos serviços ofertados e na verificação dos seus resultados.

Na operacionalização do novo modelo de gestão, adota-se a substituição da remuneração por serviços prestados pelas transferências de recursos regulares e automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, que passam a ser geridos pelas respectivas instâncias administrativas, com a participação das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite na priorização das ações e nas formas de aplicação dos recursos. Essas comissões são formadas por representações de diversos setores sociais, constituindo um espaço essencial para proporcionar unicidade e organicidade ao Sistema Único de Saúde - SUS, nas três esferas de governo.

2 RESPONSABILIDADE

Neste Capítulo serão explicitadas as competências das unidades do MS, sobre o acompanhamento e a avaliação da execução das ações a cargo do Ministério da Saúde, no âmbito federal, consoante ao seu espectro organizacional.

Observada a estrutura organizacional institucionalizada, conjugada com a análise histórica do processo de planejamento interno deste Ministério, depreende-se que a lógica adotada por cada *Unidade de Gestão* é de interdependência com instrumentos próprios para conduzir sua linha de ação de forma integrada e de constante articulação com a Coordenação-Geral de Planejamento/Secretaria Executiva/MS.

Dessa forma, passamos a apresentar, sucintamente, as responsabilidades/competências das diversas instâncias administrativas, destacando as suas especificidades.

Gabinete do Ministro

- Assessoria de Comunicação Social - ASCOM

- Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde - AISA
- Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS

Assistir o Ministro de Estado em sua representação política e social, atender e acompanhar os assuntos de interesse do Ministério junto ao Congresso Nacional, exercer as atividades de Comunicação Social e Relações Internacionais, auditar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais, bem como verificar a adequação, a resolutividade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Órgão Colegiado do Ministério da Saúde, responsável pela formulação de estratégias e controle da execução da Política Nacional de Saúde.

Secretaria Executiva

- Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA
- Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO
- Departamento de Informática do SUS - DATASUS
- Departamento de Programas Estratégicos em Saúde - DPE
- Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS

A Secretaria Executiva supervisiona e coordena as atividades inerentes à estrutura do MS e das entidades a ele vinculadas, tendo suas funções assim distribuídas:

SAA - Planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas aos Sistemas Federais de Organização e Modernização Administrativas, de Recursos Humanos e de Serviços Gerais, bem como das atividades de documentação, informação, arquivo e biblioteca, no âmbito do MS.

SPO - Planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas ao Sistema Federal de Planejamento de Orçamento de Administração

Financeira e de Contabilidade, promovendo a articulação com os órgãos centrais dos referidos sistemas.

DATASUS - Fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do MS.

DPE - Formular e propor diretrizes para as áreas e temas estratégicos com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde, com ênfase na aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde.

REFORSUS - Recuperar a rede física de saúde do País, promovendo a execução, conclusão e ampliação de obras de adaptação de estabelecimentos de saúde e incorporação de novos equipamentos, além do aprimoramento da gestão do setor.

Secretaria de Assistência à Saúde - SAS

Participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, bem como da sua avaliação, observados os princípios e diretrizes do SUS, destacando a orientação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos estados, municípios e do Distrito Federal.

Secretaria de Políticas de Saúde - SPS

Coordenar o processo de formulação de políticas de saúde, bem como promover a sua avaliação, fortalecendo as instâncias deliberativas do SUS. Promover o desenvolvimento das ações de atenção básica, além da gestão da política de recursos humanos para o SUS e da ciência e tecnologia em saúde.

Coordenar, de modo articulado com outros órgãos do MS, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde, prestando cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização das ações programáticas estratégicas.

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS

Propor diretrizes para os investimentos em saúde, articulando-se com os demais órgãos do MS na elaboração de programas e projetos de investimentos financiados por órgãos e entidades nacionais e internacionais.

Instituto Nacional de Câncer - INCA

Assistir o Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, bem como planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, além do fomento à pesquisa e aperfeiçoamento de recursos humanos inerentes à sua função.

Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Sua missão primordial é a promoção e a proteção à saúde, mediante ações integradas de saneamento básico, educação, prevenção e controle de doenças e outros agravos, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Igualmente, cabe, ainda, à FUNASA a gestão dos sistemas de informações epidemiológicas, com a respectiva divulgação de dados e análises, contribuindo para o fomento a estudos e pesquisas aplicadas à área de epidemiologia e de controle de doenças.

É, também, responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade, consoante aos princípios do SUS e respeitando os aspectos etno-culturais.

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Complexo organizacional abrangente e diversificado, a Fundação Oswaldo Cruz tem por missão gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, mediante o desenvolvimento integrado das atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, ensino, produção de bens, prestação de serviços de referência e informação, com a finalidade de proporcionar apoio

estratégico ao SUS e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e para o exercício pleno da cidadania.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA tem as funções de orientar e regular a fabricação e distribuição de medicamentos e produtos que afetam a saúde da população, como também coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, e o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares, além de exercer a fiscalização sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

É responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à população.

Disque Saúde

O Disque Saúde é um serviço disponibilizado pelo MS visando a democratizar a informação de saúde, tornando-a disponível para a população brasileira por meio de um sistema de disseminação que integra os recursos de telefonia, de informática e de recursos humanos capacitados a esclarecer dúvidas e a orientar os procedimentos mais adequados à demanda do usuário.

3 PLANEJAMENTO

Pode-se visualizar um novo cenário para o planejamento da Saúde. Essa nova ordem está alicerçada nos princípios que balizaram a elaboração do Plano Plurianual 2000/3, instituído pela Lei n.º 9.989, de 21 de julho de 2000, quais sejam: estruturação das ações finalísticas em programas orientados para a consecução dos objetivos estratégicos; gerenciamento por programa; e avaliação dos programas por indicadores.

Cabe destacar que o Plano Plurianual consiste em importante instrumento de planejamento de médio prazo. O plano apresentado, que recebeu o nome de **Avança Brasil**, trouxe mudanças de grande impacto no sistema de planejamento e orçamento

federais, uma vez que o novo conceito de programa adequou as ações a serem executadas aos recursos disponíveis, organizando-as de acordo com os objetivos a serem atingidos.

Dessa forma, o Ministério da Saúde, especialmente a Coordenação-Geral de Planejamento - CGPL/SE, reestruturou sua força de trabalho para dar conta do novo modelo de gerenciamento.

A partir de então, a CGPL passa a desenvolver a elaboração, propriamente dita, do planejamento para a saúde, coordenando, elaborando e avaliando as suas diferentes fases, a saber:

1.^a Fase – período de 3/11/98 a 30/11/99 – Inserção do MS nas Orientações Estratégicas da Presidência da República;

2.^a Fase – período de 1.^o/12/98 a 26/12/99 – Previsão de Recursos da União

A previsão de recursos da União, por área de atuação do Governo, foi elaborada com base em projeções de receitas e despesas no cenário macroeconômico, com a finalidade de favorecer a seletividade na alocação dos recursos da União e orientar a formulação dos programas.

3.^a Fase – período 1.^o/12/98 a 22/2/99 – Inventário de Programas

O Inventário de Programas teve como principal finalidade converter as atuais ações de governo para a nova conceituação de programa, visando a antecipar os trabalhos relativos ao redesenho de toda a atuação governamental, em razão das múltiplas tarefas desenvolvidas pela Administração Federal.

4.^a Fase – período de 1.^o/12/98 a 15/6/99 – Recadastramento dos Projetos e Atividades

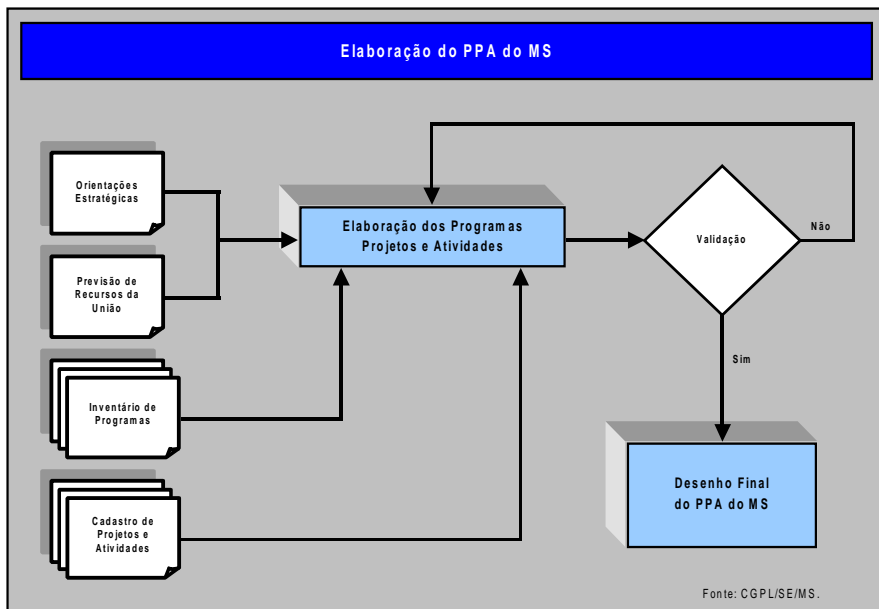
O Recadastramento dos Projetos e Atividades foi feito sob a orientação da Portaria SOF/MPO n.º 51, publicada no DOU de 17/11/98, visando a aprimorar o processo decisório de alocação dos recursos públicos e dar maior transparência às ações programadas no orçamento, bem como a atender a necessidade de realizar um inventário das ações de governo em curso, incluídas no Orçamento da União.

5.^a Fase – período 16/4/99 a 15/6/99 – Elaboração dos Programas, Projetos e Atividades do MS

Com o mapeamento dos Projetos/Atividades, o Inventário dos Programas e a Contextualização do MS nas Orientações Estratégicas da Presidência da República foi

proposto um novo reordenamento da estrutura dos seus programas para reger o orçamento da Saúde. Nessa fase, o processo participativo de todas as unidades do MS foi preponderante para a definição da sua estrutura programática.

Para melhor visualização do processo, apresentamos o fluxo de encadeamento das fases acima descritas.



Outro aspecto importante a ser ressaltado, no advento do PPA 2000/3, é a integração do Planejamento com o Orçamento. A integração entre o Plano Plurianual e os Orçamentos da União é condição essencial para assegurar a aplicação dos recursos públicos, segundo o interesse da sociedade.

O Plano e os Orçamentos serão desenvolvidos dentro de uma mesma linguagem, integrando os programas que constam do plano aos orçamentos, onde as ações são traduzidas em projetos e atividades.

Decorridos dois anos da sua elaboração, o PPA 2000/3 já passou por duas reestruturações para adequar realidades orçamentárias e revisões dos objetivos em princípio traçados.

O atual perfil do Plano Plurianual da Saúde é caracterizado por uma estrutura de programa adequada à realidade conjuntural vigente. Assim, os programas foram alocados sob a responsabilidade das respectivas unidades administrativas responsáveis, a saber:

Plano Plurianual da Saúde Distribuição dos Programas por Unidade Administrativa	
Unidades Administrativas	Alocação de Programas
1. Gabinete do Ministro	
1.1. Assessoria de Comunicação Social - ASCOM	0752 – Gestão da Política de Comunicação de Governo 0017 – Prevenção e Controle das Doenças Crônico-Degenerativas
1.2. Assessoria Internacional	9681 – Gestão da Participação em Organismos Internacionais
1.3. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS	0004 – Qualidade e Eficiência do SUS
2. Conselho Nacional de Saúde - CNS	0016 – Gestão de Política de Saúde
3. Secretaria Executiva	
3.1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos	0681 – Gestão da Participação em Organismos Internacionais
3.2. Departamento de Informática do SUS – DATASUS	0016 – Gestão de Política de Saúde
3.3. Departamento de Programas Estratégicos em Saúde - DPE	0002 – Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores 0003 – Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de DST/Aids 0005 – Assistência Farmacêutica 0007 – Qualidade do Sangue 0008 – Alimentação Saudável 0014 – Prevenção e Controle da Malária 0017 – Prevenção e Controle das Doenças Crônico-Degenerativas 0018 – Saúde Mental 0019 – Prevenção e Controle da Tuberculose e outras Pneumopatias 0020 – Controle da Hanseníase e outras Dermatoses 0021 – Saúde da Mulher 0004 – Qualidade e Eficiência do SUS
3.4. Reforço à Reorganização do SUS – REFOR SUS	
4. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS	0004 – Qualidade e Eficiência do SUS 0016 – Gestão de Política de Saúde 0018 – Saúde Mental 0022 – Saúde do Trabalhador 0023 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar 0065 – Atenção ao Portador de Deficiência 0066 – Valorização da Saúde do Idoso
5. Secretaria de Políticas de Saúde - SPS	0003 – Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de DST/Aids 0004 – Qualidade e Eficiência do SUS 0008 – Alimentação Saudável 0016 – Gestão de Política de Saúde 0017 – Prevenção e Controle das Doenças Crônico Degenerativas 0019 – Prevenção e Controle da Tuberculose e outras Pneumopatias 0020 – Controle da Hanseníase e outras Dermatoses 0021 – Saúde da Mulher 0022 – Saúde do Trabalhador 0026 – Saúde do Jovem 0027 – Saúde da Criança e Aleitamento Materno
6. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS	0004 – Qualidade e Eficiência do SUS 0009 – PROFAE 0119 – Saneamento Básico
7. Instituto Nacional de Câncer - INCA	0011 – Prevenção do Câncer e Assistência Oncológica
8. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	0002 – Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores 0006 – Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis 0013 – Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde 0014 – Prevenção e Controle da Malária 0015 – Prevenção e Controle da Dengue 0119 – Saneamento Básico 0150 – Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas
9. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	0005 – Assistência Farmacêutica 0006 – Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis 0012 – Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde 0466 – Biotecnologia e Recursos Genéticos – GENOMA
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA	0007 – Qualidade do Sangue 0010 – Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços 0024 – Vigilância Sanitária de Portos Aeroportos e Fronteiras 0028 – Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS	0025 – Saúde Suplementar
12. Disque Saúde	0004 – Qualidade e Eficiência do SUS

Fonte: CGPL/SE/MS.

4 DESTACANDO RESULTADOS

Piso de Atenção Básica

- Até 2001 foram habilitados 5.534 municípios na Gestão Plena da Atenção Básica e 565 municípios na Gestão Plena do Sistema, cobrindo uma população de 172,1 milhões e 73,4 milhões de habitantes, respectivamente.

Equipes de Saúde da Família

- Em 1994, o Programa Saúde da Família contava com 328 equipes de atendimento implantadas. Em 2001, esse número foi elevado para 13.168 equipes, representando uma expansão de mais de 40 vezes no período. O atendimento à população foi estendido de 1,1 milhões para 45,4 milhões, e de 55 municípios no início do programa para 3.684 municípios em 2001. Isso significa que 66,2% dos municípios brasileiros já são atendidos pelo PSF.

Agentes Comunitários de Saúde

- Os Agentes Comunitários envolvidos no atendimento à saúde tiveram seu contingente elevado de 29.098 em 1994, para 152.865 em 2001, uma quantidade quatro vezes maior. Eles atenderam de 16,7 milhões a 87,9 milhões de pessoas, nos respectivos anos, cobrindo 879 municípios, inicialmente, e chegando a 4.786 municípios, 86,1% do total nacional, em 2001.

Imunizações

- O número total de imunizações aumentou de 214 milhões de doses entre meados da década de 90, para cerca de 322 milhões no início da atual.

- As taxas de cobertura vacinal infantil foram elevadas, entre 1994 e 2000, nos seguintes percentuais:

- tríplice-DTP: de 74% para 95%;

- sarampo: de 78% para 100%;
- BCG: de 94% para 100%;
- poliomielite: de 71% para 100%.

Mortalidade Infantil

- A mortalidade infantil decresceu dos 38,4 óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos em 1994, para 29,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2000, refletindo, parcialmente, os efeitos da atual política de saúde.

Combate às Carências Nutricionais

- O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais foi implantado em 1997, e até 2001 já cobria 5.061 municípios e 852,3 mil beneficiários;
- O efeito direto do programa pode ser observado na queda da taxa de desnutrição infantil na Região Nordeste, correspondente a 13,6%, entre junho de 1999 e abril de 2000.

Programa Bolsa-Alimentação

- O Programa de Renda Mínima vinculado à Saúde, ou Bolsa-Alimentação, instituído pela Medida Provisória n.º 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, é um instrumento de participação financeira da União na complementação da renda familiar para melhoria da alimentação e destina-se à promoção da melhoria das condições de saúde e nutrição de 3,58 milhões de pessoas, sendo 2,77 milhões de crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade e 803 mil mulheres gestantes e nutrizes. Este programa, gradativamente, substituirá o Incentivo de Combate às Carências Nutricionais - ICCN, ampliando, consideravelmente, o seu público-alvo, de 852,3 mil, para 3,58 milhões de beneficiários.

Assistência Farmacêutica

- Até 2001, todos os municípios já tinham sido habilitados a receber incentivo financeiro para a compra de medicamentos de atenção básica, proporcionando cobertura total da população brasileira;

- Foram distribuídos, no mesmo ano, mais de 40 mil *kits* de medicamentos da farmácia popular em cerca de 3 mil municípios, beneficiando mais de 39 milhões de pessoas;

- Todos os portadores de tuberculose, hanseníase, aids, leishmaniose, malária, esquistossomose, filariose, tracoma e peste, além dos que necessitam de hemoderivados usados no tratamento da hemofilia e hipoglicemiantes para tratamento da diabetes, receberam, em 2001, tratamento com medicamentos estratégicos, enquanto que em 2000, a cobertura correspondeu a cerca de 2 milhões de pessoas;

- Em 2001, cerca de 111,6 mil pessoas foram beneficiadas com medicamentos de alto custo para tratamento de patologias específicas.

Saúde da Criança

- Até 2001, o projeto "Carteiro Amigo", uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, voltada ao treinamento de carteiros para a promoção do aleitamento materno, beneficiou mais de 900 mil crianças menores de um ano;

- Em 2001, contabilizou-se o credenciamento de mais de 200 hospitais Amigos da Criança e mais de 136 bancos de leite humano, a maior rede mundial dessa natureza.

Saúde do Adolescente

- Em 2000, foram formados 500 adolescentes, 25 educadores juvenis, 2 educadores senior e 190 orientadores sociais, futuros multiplicadores de práticas saudáveis de higiene e saúde nessa fase da vida. Em 2001, esse universo foi ampliado para 2.700 adolescentes e 812 multiplicadores.

Saúde da Mulher

- Aumento do número de consultas do pré-natal, de 1,8 milhões em 1994 para mais de 10 milhões em 2001;
- Redução da taxa de cesáreas, que em 1995 correspondia a 32%, para 25,1% do total dos partos em 2001.

Saúde do Idoso

- Em 1999, a imunização de idosos contra pneumonia, gripe e tétano atingiu cerca de 7,5 milhões de pessoas com 65 anos ou mais de idade. Em 2001, essa faixa de idade foi ampliada para 60 anos ou mais, vacinando 10,8 milhões de idosos;
- Em 2001, foi intensificada a política de humanização do atendimento ao idoso, destacando a permissão de acompanhamento ao idoso hospitalizado, criação do Programa Cuidadores de Idosos e esclarecimento da população sobre os tipos de maus tratos praticados contra idosos.

Prevenção e Combate ao Câncer

- No período de 1998 – 2000, foram realizados 32.614.597 exames de Papanicolaou. No mesmo período, foram distribuídos 181 equipamentos de cirurgia de alta frequência;
- No período de 1996 a 2001, ações voltadas para o controle do tabagismo atingiram 6.866 escolas, 59,4 mil professores, 1,2 milhão de adolescentes, 2.913 unidades de saúde, 3.613 ambientes de trabalho e 16.339 profissionais de representações municipais.

DST e Aids

- Entre 1986 e 1999, o uso de preservativos na primeira relação subiu de 4% para 48%;
- A aquisição de preservativos pelo Ministério da Saúde , cerca de 19 milhões de unidades em 1994, atingiu 200 milhões em 2000;
- Até junho de 2001, foram notificados 215.810 casos de aids, número que corresponde a metade da projeção realizada pela ONU, 20 anos atrás. Essa tendência representa uma queda de 14 para 11,2 casos por milhão de habitantes, entre 1996 e 1998;
- O número de óbitos devidos a aids, no período de 1995 a 1999, apresentou redução de 50%: de 12/100 mil habitantes para 6/100 mil habitantes;
- Foram implantados, entre março de 1994 e início de 2001:
 - 74 hospitais-dia;
 - 160 serviços de assistência especializada;
 - 368 hospitais convencionais credenciados;
- A distribuição gratuita dos anti-retrovirais foi ampliada de 73 mil pacientes em 1999, para a totalidade dos pacientes notificados a partir de 2001, cobrindo 111 mil destes.
- Em 1996, o custo médio com anti-retrovirais foi de US\$ 3.810/paciente/ano, caindo para US\$ 2.530 em junho de 2001.

Saúde Indígena

- Em setembro de 1999 , foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo sido implementadas, desde então, as seguintes iniciativas:
 - Contratação de mais de 6 mil profissionais de saúde;
 - Construção e reforma de mais de 260 unidades assistenciais;
 - Aquisição de 636 veículos condutores de pacientes;

- Aquisição de mais de 1.000 barcos e equipamentos de rádio-comunicação.

Assistência Ambulatorial e Hospitalar

- A frequência anual de cirurgias teve a seguinte evolução:

- Cirurgias cardíacas: aumentou de 51.390 em 1995, para 78.141 em 2001, correspondendo a uma elevação de 52,05%;

- Cirurgias otorrinolaringológicas: aumentou de 42.202 em 1995, para 58.432 em 2001, correspondendo a uma elevação de 58,46%;

- Cirurgias oncológicas: aumentou de 43.418 em 1995, para 86.386 em 2001, correspondendo a uma elevação de 98,96%;

- Cirurgias ortopédicas e traumatológicas: aumentou de 569.351 em 1995, para 637.622 em 2001, correspondendo a uma elevação de 11,99%;

- Cirurgia geral: aumentou de 663.360 em 1995, para 766.978 em 2001, correspondendo a uma elevação de 15,62%;

- A frequência anual de cirurgias eletivas em regime de mutirão teve a seguinte evolução:

- Catarata: aumentou de 118.258 em 1995, para 264.406 em 2001, correspondendo a uma elevação de 84,3%;

- Próstata: aumentou de 29.362 em 1995, para 36.043 em 2001, correspondendo a uma elevação de 19,5%;

- Varizes: aumentou de 30.359 em 1995, para 67.131 em 2001, correspondendo a uma elevação de 81,6%;

- Fotocoagulação a laser: aumentou de 48.409 em 1995, para 87.050 em 2001, correspondendo a uma elevação de 53,6%;

- O número de transplantes foi elevado de 4.679 em 1995 para 24.698 em 2001, o que equivale a quase 428%;

- O número de sessões de hemodiálise passou de 3,3 milhões em 1995, para 6,6 milhões em 2001, correspondendo a um acréscimo de 95,1% no número de sessões realizadas;

- A freqüência de realização de mamografias foi ampliada em mais de 150% entre 1995 e 2001, em consequência do seu número ter sido elevado de 589.729 para 1.475.224, no mesmo período;

- Os tratamentos com quimioterapia e radioterapia aumentaram de 497.034 para 945.299 e de 4.499.277 para 5.368.805, respectivamente. Isso significa elevações percentuais de 90,19% e de 19,33%;

- A taxa de mortalidade hospitalar entre os menores de 1 ano teve uma redução de 8%, entre 1994 e 2000; e a taxa de mortalidade hospitalar materna, de 25,1%, entre 1995 e 2000;

- A mortalidade por doença diarréica em hospitalizados caiu 57,8%, quando comparados os anos de 1995 e 2000;

- No período de 1994 a 2001, foi verificada uma redução de 20,3% no número de internações hospitalares;

- Foi observado, no período de 1994 a 2001, um acréscimo de 21% na oferta de leitos de UTI.

Vigilância Sanitária

- O número de Postos de Vigilância Sanitária foi elevado de 102 em 1998, para 113 em 2001;

- O número de Estações Aduaneiras de Interior foi elevado de 19 em 1998, para 40 em 2001;

- O número de Inspeções Sanitárias foi elevado de 323.000 em 1998, para 558.000 em 2001;

- O número de Comissões Estaduais de Controle de Infecções Hospitalares foi elevado de 12 em 1998, para 23 em 2001;

- Em 2000, foram capacitados como multiplicadores 194 profissionais de Serviços de Hemoterapia;

- Foram implantados, ampliados e modernizados 145 Serviços de Hemoterapia durante o ano de 2000;

- Foram inspecionadas 1.094 unidades hemoterápicas entre 1998 e 2001.

Pesquisa e Desenvolvimento

- Foram registradas, até 2000, 36 patentes no Brasil e 38 no exterior;
- A indexação em bases de dados internacionais de publicações científicas elaboradas cresceu de 200 em 1994, para 339 em 2000.

Saúde Suplementar

- A média de autuações por operadora de plano de saúde foi reduzida de 5,3 para 1,9, entre 2000 e 2001, significando maior adesão à regulamentação;
- Em 2001, a população passou a contar com o DISQUE ANS nas 55 cidades-sede de aglomerados urbanos, como também em municípios com mais de 150 mil habitantes.

Cartão Nacional de Saúde

- Até 2001, o projeto piloto para a implantação do Cartão Nacional de Saúde abrangeu 44 municípios;
- Em 2001, já foram distribuídos 368.000 cartões de usuários;
- No mesmo ano, foram cadastrados 22.000 profissionais de saúde e emitidos 1.077 cartões aos profissionais dos municípios do primeiro ciclo do projeto piloto.

Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE

- Até 2001, foram treinados 81,3 mil profissionais de saúde;
- Até 2001, foram contratadas ou conveniadas 197 instituições para ministrar cursos e/ou supervisionar a qualidade da educação profissional desenvolvida para profissionais de saúde;

• Até 2001, foram modernizadas 25 das 26 Escolas Técnicas de Saúde do SUS, em 16 estados.

5 **MARCOS INSTITUCIONAIS**

Por iniciativa do Ministério da Saúde, um conjunto de instrumentos legais foi viabilizado para dar sustentabilidade, eficácia e executoriedade às ações desenvolvidas por esta Pasta, dentre as quais destacam-se:

- Medicamentos Genéricos (Disposições gerais)
Lei n.º 9.787, de 10/2/99
- Política Nacional de Medicamentos
Portaria n.º 3.916/MS, de 30/10/98
- Crimes contra a Saúde Pública - Falsificação de Medicamentos
Leis n.º 6.695, de 20/8/98, e n.º 9.677, de 2/7/98
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (Criação)
Lei n.º 9.782, de 26/1/99
- Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Criação)
Lei n.º 9.961, de 28/1/00
- Planos de Seguros Privados de Assistência à Saúde
Lei n.º 9.656, de 3/6/98
- Transplantes (Disposições gerais)
Lei n.º 9.434, de 4/2/97
- Humanização do Parto (Criação do Programa)
Portaria n.º 569/MS, de 1.º/7/00
- Cigarro (Restrição à Propaganda)
Lei n.º 10.167, de 27/12/00
- Garantia de Recursos para as Ações de Saúde
Emenda Constitucional n.º 29, de 13/9/00

- Medicamentos Gratuitos para Portadores de HIV
Lei n.º 9.313, de 13/11/96
- Cirurgias Plásticas Reparadoras de Mamas (SUS)
Lei n.º 9.797, de 6/5/99
- Medicamentos de Uso Contínuo (Redução de Impostos)
Lei n.º 10.147, de 21/12/00
- Fundo de Combate à Pobreza (Criação)
Emenda Constitucional n.º 31, de 14/12/00
- Farmácia Popular (Criação)
Portaria n.º 343/MS, de 21/6/01
- Bolsa-Alimentação (Criação)
Medida Provisória n.º 2.206-1, de 6/9/01
- Combate ao Câncer do Colo Uterino (Criação do Programa)
Portaria n.º 3.040/MS, de 21/6/98
- Combate às Carências Nutricionais (Criação do Incentivo)
Portaria n.º 1.211/MS, de 6/10/99
- Gestante de Alto Risco (Criação do Programa)
Portaria n.º 3.016/MS, de 19/6/98
- Instrumentos de Gestão do SUS (Implementação)
Portaria n.º 548/MS, de 12/4/01
- Interiorização do Trabalho em Saúde (Criação)
Decreto n.º 3.745, de 5/2/01
- Norma Operacional NOAS-SUS (Aprovação)
Portaria n.º 95/MS, de 26/1/01

- Remoção de Órgãos e Tecidos (Disposições gerais)
Lei n.º 10.211, de 23/3/01
- Sangue e Hemoderivados (Disposições gerais)
Lei n.º 10.205, de 21/3/01
- Saúde do Idoso (Aprovação da Política)
Portaria n.º 1395/MS, de 10/12/99
- Saúde Indígena (Criação do Subsistema)
Lei n.º 9.836, de 23/9/99
- Portadores de Deficiência (Restrição a)
Decreto n.º 3.956, de 8/10/01
- PROFAB (Criação do Programa)
Portaria n.º 1.262/MS, de 15/10/99
- Projeto Alvorada (Disposições gerais)
Decreto n.º 3.769, de 8/3/01
- Controle do Câncer de Próstata (Criação do Programa)
Lei n.º 10.289, de 20/9/01
- Câmara de Medicamentos (Criação e Regulação)
Lei n.º 10.213, de 27/3/01

6 BREVE AVALIAÇÃO

Resultados Contabilizados: Saúde e Qualidade de Vida

Estamos alcançando melhores níveis na Saúde Pública Brasileira. Avançaremos muito mais. Os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde ao longo dos últimos sete anos têm permitido alterar o quadro do perfil epidemiológico da população. A queda da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer são fatos observados, e outros importantes resultados já contabilizados mostram o quanto melhoramos. É evidente que não chegamos ao ponto ótimo. Certamente precisaremos de mais investimentos para atingir esse nível de evolução em todos os segmentos do setor Saúde e, dessa forma, equiparar a qualidade de vida da nossa população com a dos países desenvolvidos.

Para dar sustentabilidade às políticas públicas da Saúde, tem sido necessário um redirecionamento dos recursos orçamentários/financeiros, identificando e vinculando estes às fontes estáveis de financiamento, caracterizando uma conquista fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

A evolução da aplicação de recursos nas ações de saúde pode ser verificada quando se constata, que enquanto a população apresentou um crescimento de 10% no período de 1994 a 2001, os recursos aplicados em saúde apresentaram um crescimento real de 36%. A evolução das despesas efetuadas no período pode ser visualizada no quadro a seguir:

Ministério da Saúde – Gastos em Saúde - 1994 – 2001

Despesas efetuadas pelo Ministério da Saúde Brasil - 1994-2001								
Discriminação	R\$ milhões correntes							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1. Ações Básicas	1.064,7	1.570,9	1.510,6	2.257,5	2.608,4	3.179,6	3.545,6	4.207,6
• Piso de Atenção Básica (PAB - Fixo)	785,6	1.115,7	1.145,7	1.410,1	1.722,0	1.773,8	1.726,5	1.790,0
• Saúde da Família (PACS/PSF)	55,8	78,7	111,5	161,5	225,6	324,0	655,7	968,5
• Carências Nutricionais/Bolsa Alimentação	52,5	128,7	31,6	101,7	59,0	139,8	151,8	169,6
• Farmácia Básica	-	-	-	-	45,0	124,2	164,2	168,3
• Vacinas e Vacinação	98,4	102,1	132,7	179,2	189,9	274,3	265,7	331,6
• Combate às Endemias	72,4	145,7	89,1	405,0	366,9	543,5	581,7	779,6
2. Atendimento de Média e Alta Complexidade	4.734,7	6.687,6	7.355,6	8.893,0	8.299,0	9.706,9	10.828,5	12.064,8
• SIA-SUS/AIH	4.317,0	6.130,2	6.703,7	8.183,5	7.625,7	8.979,7	10.138,3	11.347,3
• Hospitais Próprios	417,7	557,4	651,9	709,5	673,3	727,2	690,2	717,5
3. Medicamentos	203,5	424,5	230,7	569,7	524,7	836,1	827,3	858,3
• Estratégicos	203,5	423,1	217,1	420,0	305,8	349,2	270,9	342,8
• DST/Aids	-	1,4	13,6	149,7	218,9	486,9	556,4	515,5
4. Projetos Internacionais	185,0	228,2	147,7	126,4	212,3	360,2	716,6	626,7
• REFORSUS	-	-	-	34,9	159,2	229,2	431,3	360,7
• AIDS	36,3	61,4	74,7	67,9	52,2	106,5	142,9	128,1
• PROFAE	-	-	-	-	-	-	53,4	67,5
• Outros	148,7	166,8	73,0	23,6	0,9	24,5	89,0	70,4
5. Modernização de Unidades de Saúde	197,1	149,6	20,4	68,6	177,4	229,8	191,5	177,2
6. Saneamento Básico	53,1	64,7	33,8	90,7	142,6	200,8	158,5	1.199,2
7. Manutenção Administrativa	89,5	174,6	249,8	180,1	164,2	161,8	187,7	256,8
8. Pessoal e Encargos Sociais	2.521,5	3.761,3	3.834,2	3.996,4	3.994,3	4.330,3	4.825,3	4.898,1
9. Dívida Externa e Interna	39,6	1.369,5	500,0	1.790,8	2.333,9	155,2	153,2	235,5
10. Demais Ações	455,3	461,0	493,9	831,3	866,9	1.173,6	1.265,1	1.611,7
TOTAL DAS DESPESAS	9.544,0	14.891,9	14.376,7	18.804,5	19.323,7	20.334,3	22.699,3	26.135,9

Fonte: SPO/SE/MS.

Dessa forma, destacamos a seguir as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que influenciadas por outros fatores socioeconômicos, tais como a estabilização da moeda no decorrer do período, a elevação dos níveis de alfabetização da população além de outros determinantes, vêm apresentando resultados positivos evidenciados pela evolução de alguns indicadores de saúde, nos últimos sete anos.

6.1 Condições de Gestão do Sistema de Saúde

Uma Distribuição mais Equitativa dos Recursos Financeiros

O Piso da Atenção Básica - PAB, instrumento eficaz para o financiamento das ações básicas da saúde, impulsionando a descentralização e incentivando o desenvolvimento de ações precípuas nos campos da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; da assistência farmacêutica básica; dos agentes comunitários de saúde e da saúde da família; do combate às carências nutricionais e outras que venham a ser posteriormente agregadas.

O perfil evolutivo do PAB - Fixo tem demonstrado um grau elevado de cobertura dos municípios brasileiros, mediante o repasse de recurso do Fundo Nacional de Saúde - FNS diretamente para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Perfil do PAB - Fixo Brasil, 1995 – 2001	
Período	Situação Vigente
1995	Os recursos repassados via faturamento foram da ordem R\$ 567 milhões para as ações de atenção básica, cobrindo menos de 20% dos municípios brasileiros.
1996	Cerca de 1.260 municípios recebiam menos de R\$ 2,99 <i>per capita</i> ; destes municípios, 582 apresentavam faturamento "zero". O recurso total para as ações de atenção básica no ano foi de R\$ 1.257 bilhões, o que representou uma cobertura populacional de 14,7 milhões de pessoas.
1998	No ano de criação do PAB, o recurso total para as ações básicas de saúde passa a ser da ordem de R\$ 1,722 bilhão, representando um aumento de cerca de R\$ 464 milhões, ou de 37% em relação ao ano anterior. Dessa forma, os municípios brasileiros passam a receber um valor mínimo de R\$ 10,00 <i>per capita</i> .
2001	Habilitados no PAB - Fixo, 5.534 ou mais de 99% dos municípios brasileiros – mais de 172 milhões de pessoas – foram beneficiadas com o acesso às ações básicas de saúde.

Fonte: SE/MS.

Até 2001 foram habilitados 5.534 municípios na Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a tabela abaixo.

Demonstrativo dos Municípios Habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal Brasil e Regiões, 2001						
Região	Nº de Municípios	População 2001	Plena da Atenção Básica		Plena do Sistema	
			Município Habilitado	População Coberta	Município Habilitado	População Coberta
NORTE	449	13.245.084	442	13.199.826	74	5.449.718
NORDESTE	1.792	48.331.186	1.787	48.185.242	147	17.657.880
CENTRO-OESTE	463	11.885.529	462	11.883.599	26	5.826.636
SUDESTE	1.668	73.470.763	1.654	73.361.845	274	36.858.250
SUL	1.189	25.453.264	1.189	25.453.264	44	7.640.222
BRASIL	5.561	172.385.826	5.534	172.083.776	565	73.432.706

Fonte: SPS/MS e IBGE.

Quanto à Gestão Plena do Sistema Municipal, até 2001, 565 municípios passaram a gerir de fato, com total responsabilidade, os seus sistemas municipais de saúde, organizando-os e aperfeiçoando-os de acordo com suas realidades e beneficiando mais de 73,4 milhões de habitantes. Esses municípios, além de executar as ações de

atenção básica, também são responsáveis pela assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade.

6.2 Programa Saúde da Família - PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS

A Saúde mais Perto

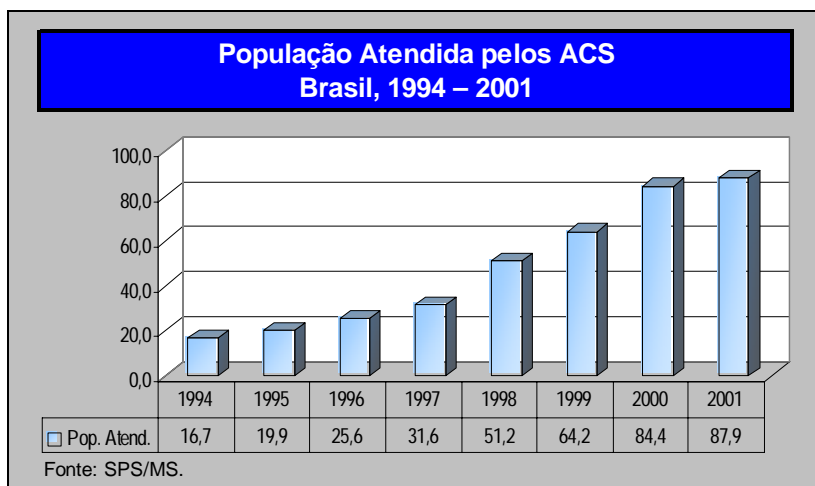
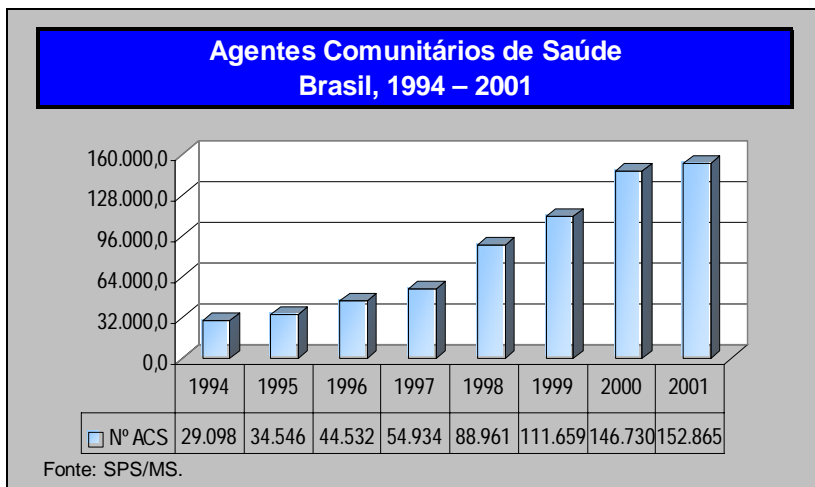
A atuação das Equipes de Saúde da Família é calcada na aproximação da assistência a seu usuário. É um programa de execução municipal, com critérios de organização definidos pelo Governo Federal. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes de saúde, sendo estes recrutados entre os membros da comunidade, o que facilita a prestação do serviço e o controle social. Cada equipe atende a até mil famílias, e seu enfoque preventivo abrangente proporciona cobertura a todos os membros da família.

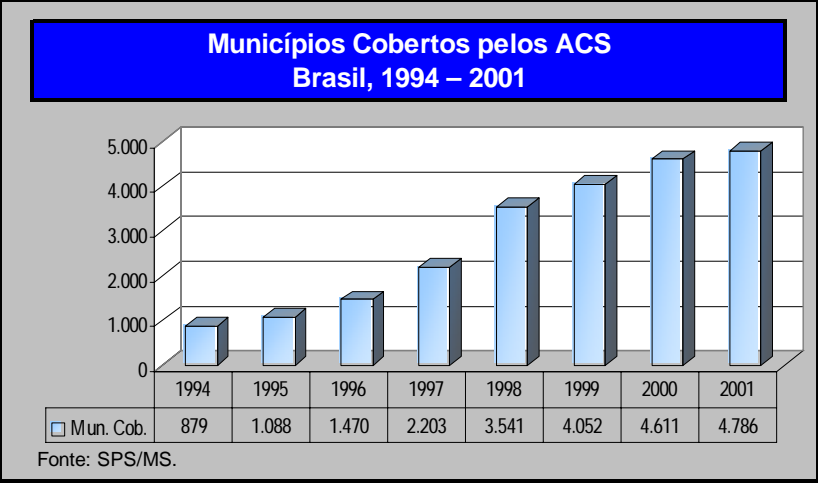
O PSF, em 1994, contava com 328 equipes que atendiam 1,1 milhão de pessoas, menos de 1% da população. Até dezembro de 2001, o Programa implantou 13.168 equipes, atendendo 45,4 milhões de pessoas ou quase 27% da população.

Os resultados do Programa são bastante expressivos:

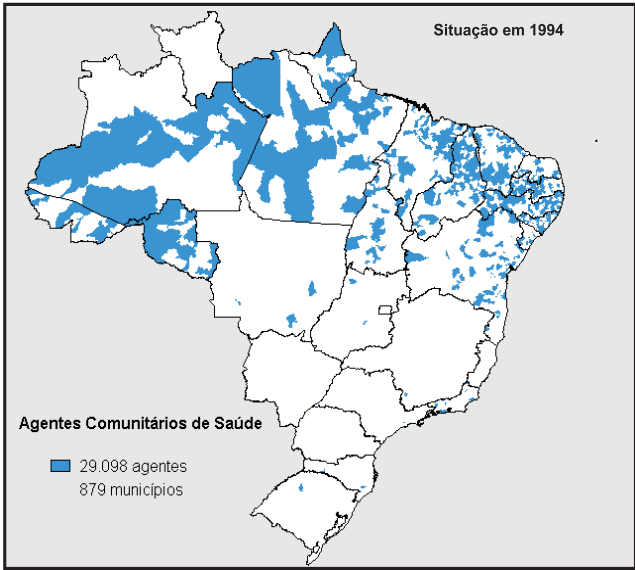
- O Programa Saúde da Família já chegou a 3.684 municípios.
- O Programa de Agentes Comunitários - PACS, em 1994, contava com cerca de 29 mil Agentes que atendiam cerca de 16,7 milhões de pessoas, 10,6% da população, em 879 municípios. Até dezembro de 2001, o Programa implantou mais de 152 mil agentes, passando a atender 87,9 milhões de pessoas ou 51,0% da população, em 4.786 municípios.
- Apoio à formação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, atualmente envolvendo 110 Instituições de Ensino, Secretarias Estaduais de Saúde e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde no processo de formação e qualificação de profissionais de saúde com o perfil voltado às orientações do PSF.
- Em 2001, foram implantados 30 cursos de residência médica com especialização em Saúde da Família.

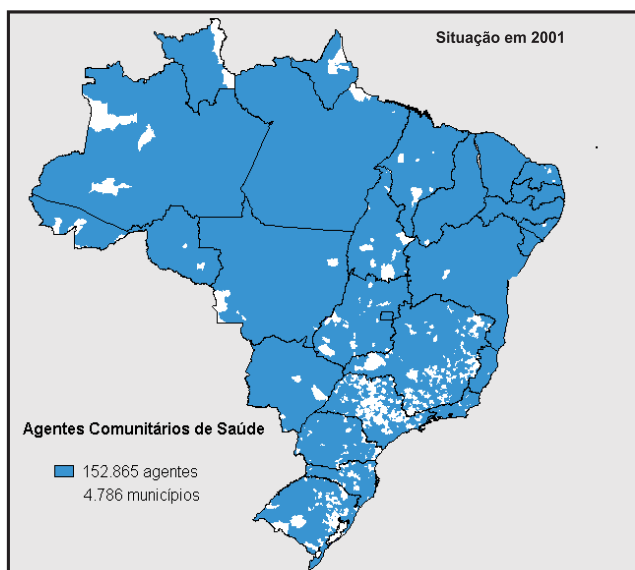
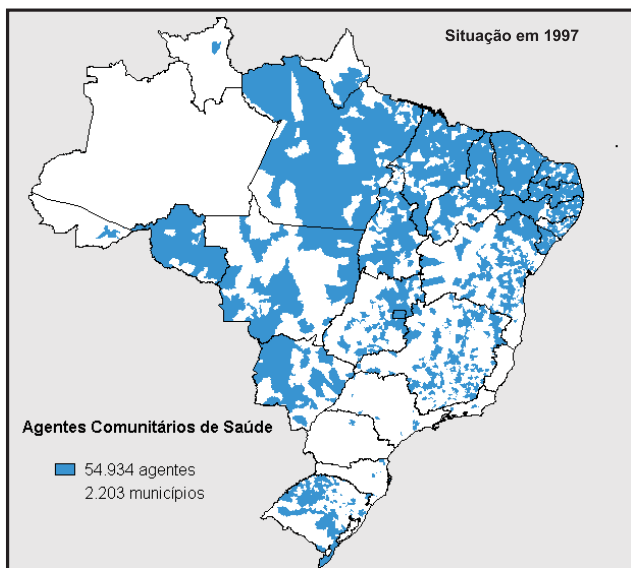
Os resultados do PSF, a seguir, podem ser observados numa perspectiva da sua evolução.



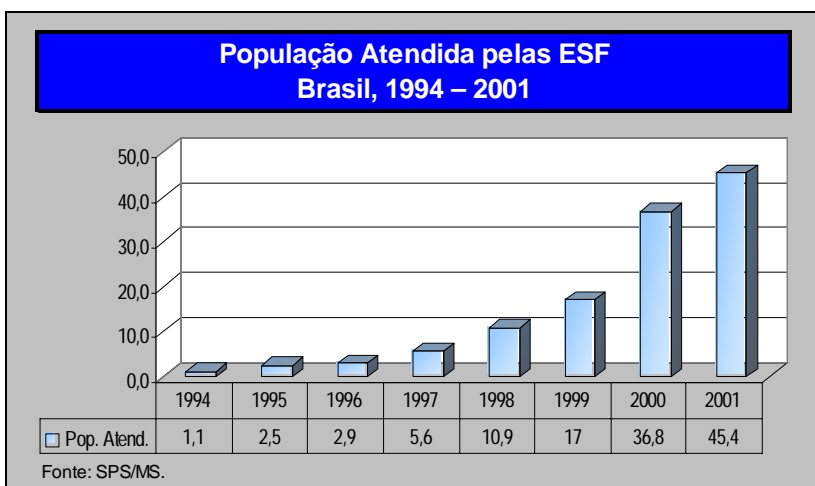
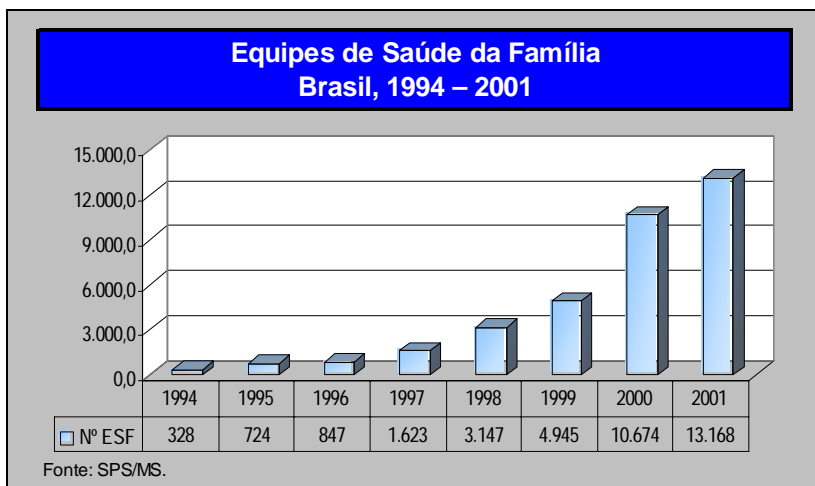


Distribuição espacial dos municípios cobertos pelos ACS

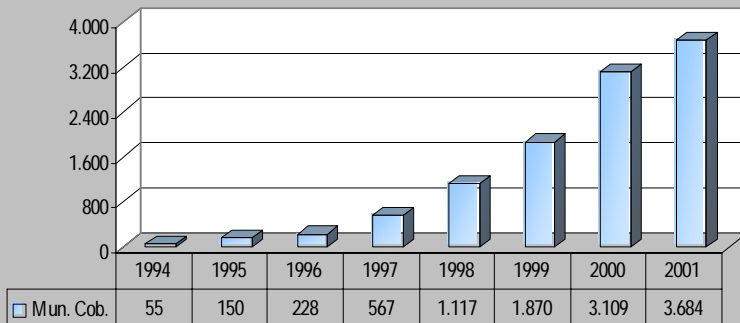




Atuação das Equipes de Saúde da Família

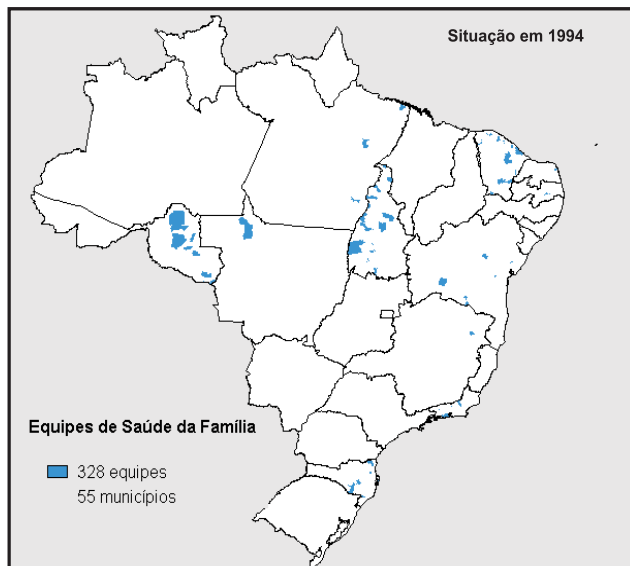


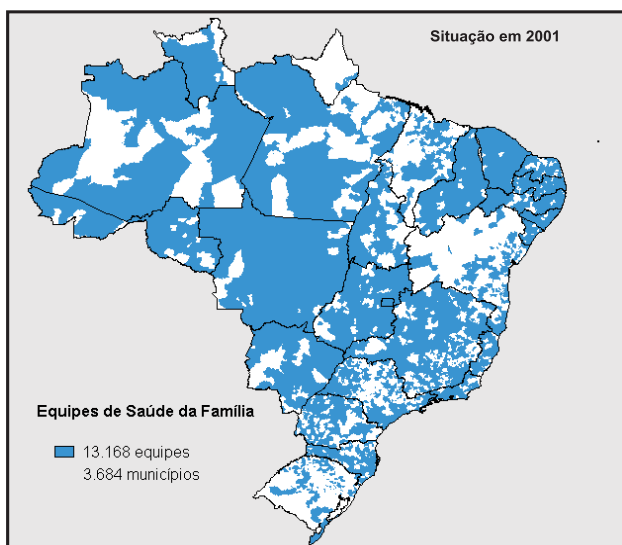
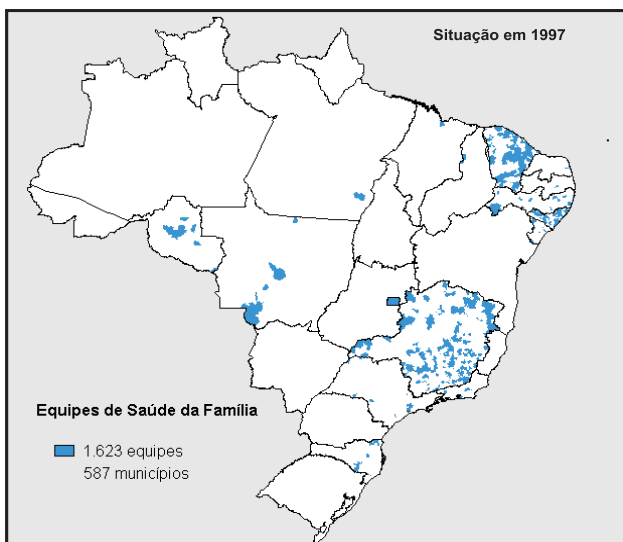
Municípios Cobertos pelas ESF Brasil, 1994 – 2001



Fonte: SPS/MS.

Distribuição espacial dos municípios cobertos pelas ESF

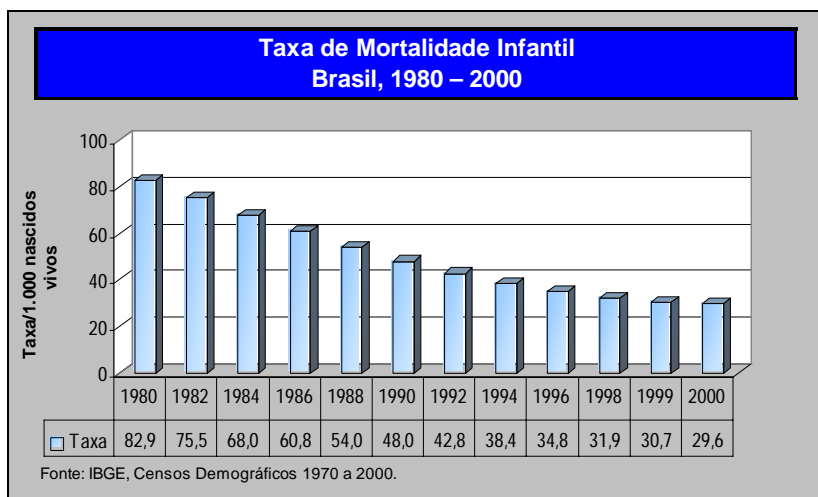




6.3 Mortalidade Infantil

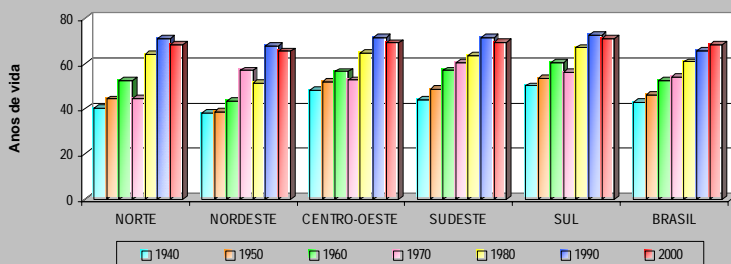
A taxa de mortalidade infantil, importante indicador de qualidade de vida, tem apresentado acentuada queda nos municípios brasileiros. Essa conquista, em grande parte, é consequência da atual política de saúde adotada, com enfoque no ordenamento do modelo assistencial e priorizando a saúde preventiva, o que também tem refletido positivamente no aumento da expectativa de vida da população.

Em 1980, morriam 82,9 crianças por 1.000 nascidas vivas. Em 1994, essa relação já caía para 38,4/1.000 nascidos vivos, até alcançar o significativo resultado atual (2000), mais próximo dos países desenvolvidos, de 29,6/1.000 nascidos vivos.



A esperança do brasileiro viver mais vem se elevando nas últimas décadas. Nos anos 40, na Região Nordeste, era inferior aos 40 anos. Nos anos 90, chegou a atingir os 70 anos em todas as regiões, com exceção do Nordeste. Ainda nesta década, continuou ascendente com tendência a um pequeno declínio no seu final. Essa evolução pode ser observada no gráfico a seguir.

Esperança de Vida ao Nascer Brasil e Regiões, 1940 – 2000



Região	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000
NORTE	40,44	44,26	52,62	44,38	64,17	71,01	68,16
NORDESTE	38,17	38,69	43,51	56,89	51,57	67,74	65,46
CENTRO-OESTE	48,28	51,78	56,40	52,67	64,70	71,45	69,17
SUDESTE	44,00	48,81	56,96	60,26	63,59	71,66	69,40
SUL	50,09	53,33	60,34	55,96	66,98	72,51	70,80
BRASIL	42,74	45,90	52,37	54,06	60,68	65,70	68,40

Fonte: IBGE (Diretoria de Pesquisas/Departamento de População e Indicadores Sociais).

Para o alcance de tão favoráveis resultados, um conjunto de ações foi realizado de forma integrada, nos três níveis de gestão, conforme a seguir demonstradas.

6.4 Programa de Imunização

Gotas de Saúde

Bem sucedidos têm sido os resultados do Programa de Imunizações que completa 28 anos de existência e merece destaque. A expansão das ações de prevenção é bem refletida no aumento do volume de vacinações, que passou de 214 para 322 milhões de doses anuais, distribuídas entre meados da década de 90 até o início da atual.

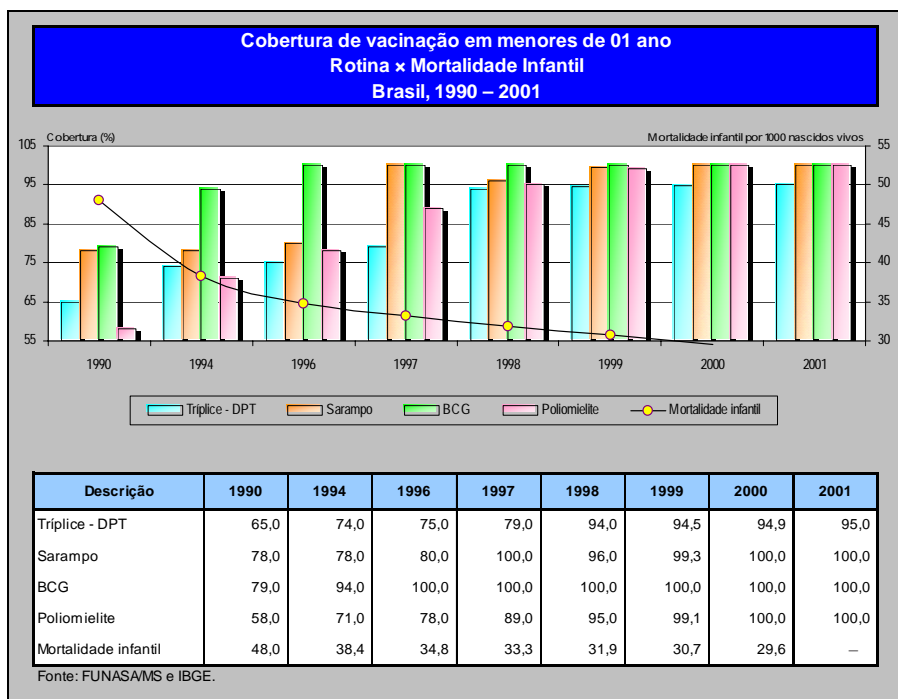
Ações de Imunização	
Período	Resultado
Há 6 anos	Estamos cobrindo 100% da população-alvo, crianças menores de 1 ano, com a imunização pela BCG.
Desde 1995	A vacinação contra a poliomielite tem resultados bastante satisfatórios. Estamos apresentando uma cobertura média anual de mais de 90%.

Fonte: FUNASA/MS.

Ações conjugadas com as imunizações têm permitido manter sob controle doenças passíveis de imunização, como tuberculose, tétano, coqueluche, difteria, sarampo e caxumba.

Destaca-se também a vacinação – em caráter de rotina, nas crianças menores de 2 anos – contra a bactéria *Heamophilus influenza tipo B*, uma das principais causas da meningite infantil.

As vacinações, conjugadas com outras ações, contribuíram substancialmente para a queda da mortalidade infantil, como se pode observar no gráfico abaixo:

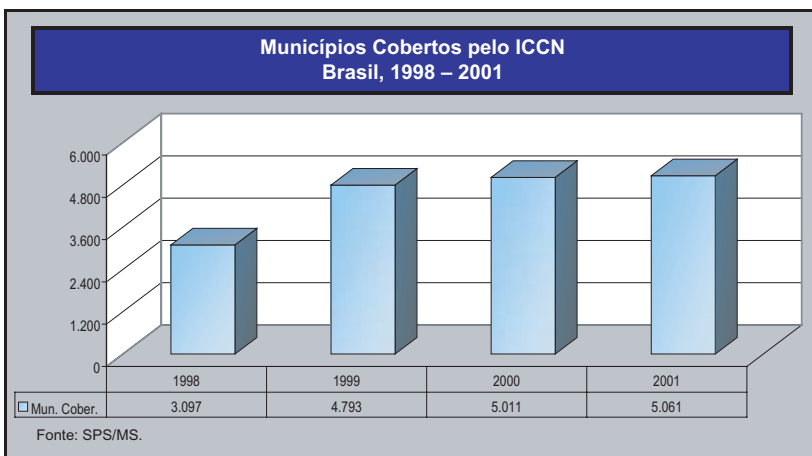
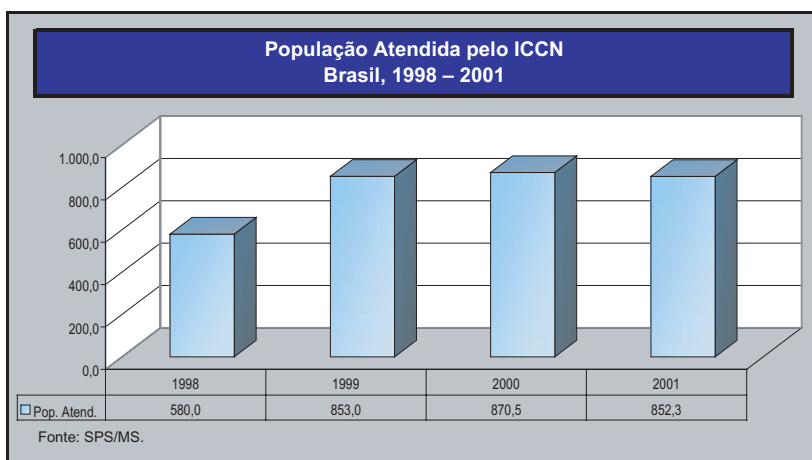


6.5 Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN

Reduzindo a Desnutrição

Ações voltadas para o combate à desnutrição e carência de micronutrientes, como o ferro e a vitamina A, vêm colaborando para uma importante redução da desnutrição na população infantil.

O público-alvo do Incentivo ao Combate às Carência Nutricionais - ICCN é composto por crianças de 6 a 23 meses, com desnutrição energético-protéica, e crianças na faixa etária de 2 a 5 anos, com deficiência de ferro e/ou vitamina A.



É importante destacar o novo enfoque dado ao combate às carências nutricionais a partir de 2001. Os municípios participantes do Programa de Incentivo de Combate às Carências Nutricionais - ICCN estão aderindo ao Programa Bolsa-Alimentação, em substituição ao ICCN, que beneficiará gestantes e nutrizes, além de crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade, que estejam em risco nutricional e que pertençam a famílias com renda mensal *per capita* inferior ao valor fixado nacionalmente em Ato do Poder Executivo, para cada exercício. Filhos de mães soropositivas para o HIV/ aids terão direito ao benefício logo no primeiro mês de vida, pois nesse caso, por medida preventiva, é contra-indicado o aleitamento materno, uma forma de transmissão do vírus da mãe para a criança.

Dessa forma, o público-alvo do ICCN será ampliado dos 852,3 mil beneficiários para os 3,5 milhões de beneficiários do Bolsa-Alimentação.

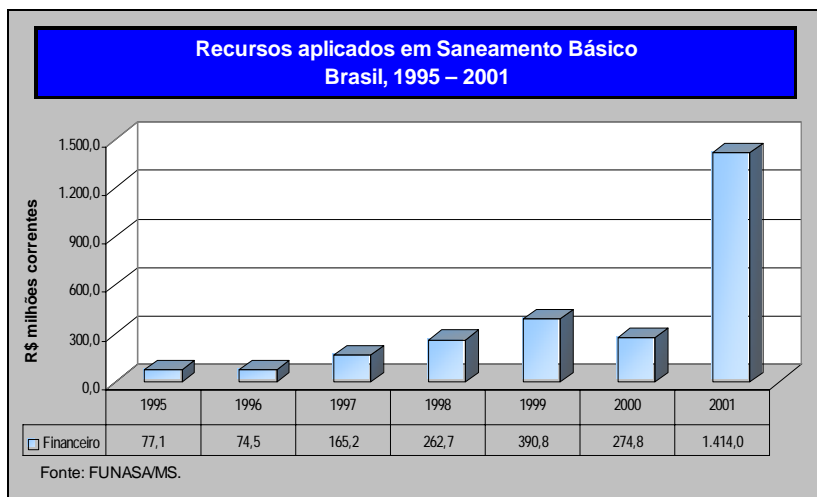
6.6 Saneamento Básico

Promovendo Saúde

Os investimentos aplicados em saneamento básico pelo MS nos últimos seis anos, atenderam programas abrangidos pelas seguintes atividades:

- Sistemas de Abastecimento de Água;
- Sistemas de Resíduo Sólido;
- Sistemas de Esgotamento Sanitário;
- Melhorias Sanitárias Domiciliares;
- Serviço de Drenagem para Controle da Malária;
- Melhorias Habitacionais para Controle de Doença de Chagas;
- Unidades de Controle de Zoonozes e Fatores Biológicos de Risco;
- Implantação e Manutenção de Sistemas e Serviços de Saneamento em Áreas Indígenas.

Dessa forma, o MS, por meio da Fundação Nacional de Saúde, vem aplicando recursos, conforme quadro a seguir.



No que se refere à execução das metas físicas, é apresentado, a seguir, o desempenho de ações de saneamento:

**Ações de Saneamento Básico
Brasil, 1995 – 2001**

Ano	Tratamento de Água		Melhorias Sanitárias Domiciliares		Esgoto Sanitário	
	Municípios Atendidos	Família Beneficiada	Municípios Atendidos	Família Beneficiada	Municípios Atendidos	Família Beneficiada
1995	134	69.592	95	18.111	40	21.348
1996	99	44.500	39	6.366	44	20.496
1997	238	97.663	95	14.040	76	31.749
1998	387	146.197	163	22.235	182	70.391
1999	407	150.684	262	35.399	203	77.348
2000	327	108.319	312	49.864	236	79.146
2001	1.013	864.448	1.449	364.113	185	236.967
Total	2.605	1.481.403	2.415	510.128	966	537.445

Fonte: FUNASA/MS.

6.7 Assistência Farmacêutica

Acesso ao Medicamento

A Assistência Farmacêutica Básica à população brasileira foi reestruturada em 1997, seguindo os princípios da descentralização. Substituindo a aquisição centralizada para distribuição aos estados, a União passou a transferir os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal/Estadual de Saúde, proporcionando aos gestores das respectivas esferas governamentais a gestão do programa.

Assistência Farmacêutica Básica Brasil, 1997 – 2001	
Período	Situação Vigente / Resultados
1997	11.768 farmácias básicas foram distribuídas aos 4.178 municípios cobertos, beneficiando mais de 35 milhões de habitantes.
2001	Consoante ao novo modelo de descentralização implantado, todos os municípios foram qualificados a receberem incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica básica, com uma cobertura populacional de mais de 168,2 milhões de habitantes.

Fonte: DPE/SE/MS.

Um conjunto de outras importantes ações veio complementar o Programa de Assistência Farmacêutica, como vemos a seguir.

Farmácia Popular Brasil, 2001		
Conceito	Período	Resultados
A Farmácia Popular, ação implantada em 2001, consiste na aquisição e distribuição de um <i>kit</i> de medicamentos pesando 80 quilos e compreendendo 31 itens de atenção básica, destinado, trimestralmente, a cada Equipe de Saúde da Família. Após o diagnóstico de uma doença durante o atendimento médico residencial, imediatamente é fornecido o medicamento necessário ao tratamento do paciente.	Até o 1º trimestre de 2001	Foram cobertos 2.764 municípios e atendidas mais de 30 milhões de pessoas.
	Ao final de 2001	Foram distribuídos 40,6 mil <i>kits</i> de medicamentos em cerca de 3,4 mil municípios, beneficiando mais de 39 milhões de pessoas.

Fonte: DPE/SE/MS.

Medicamentos Estratégicos Brasil, 2000 – 2001

Conceito	Período	Resultados
Medicamentos Estratégicos são aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como a tuberculose, hanseníase, aids, leishmaniose, malária, esquistossomose, filariose, tracoma e peste, além dos hipoglicemiantes para tratamento do diabetes, e dos hemoderivados usados no tratamento da hemofilia.	Em 2000	Cerca de 2 milhões de pessoas foram beneficiadas com esse tipo de medicamento.
	Em 2001	O MS vem mantendo a cobertura de todos os portadores das patologias citadas.

Fonte: DPE/SE/MS.

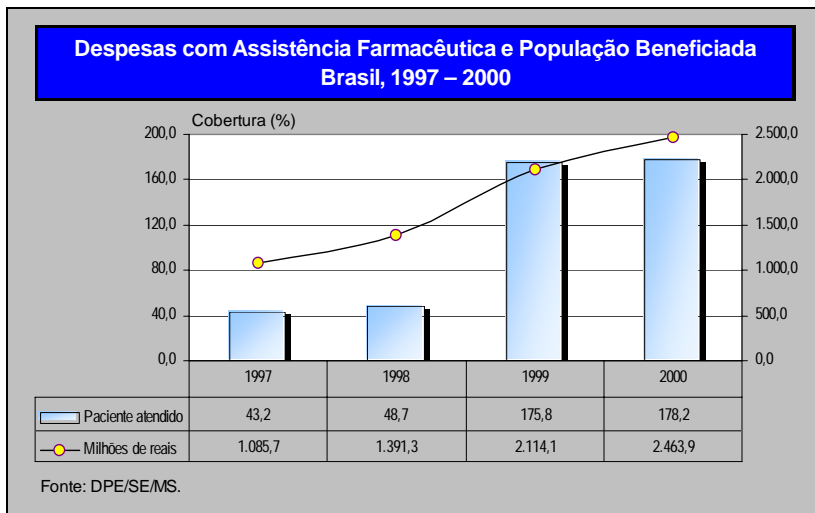
Medicamentos Excepcionais Brasil, 2000 – 2001

Conceito	Período	Resultados
Medicamentos Excepcionais são aqueles de alto custo, voltados para o tratamento de doenças neurológicas – epilepsias graves, osteoporose, esclerose, esquizofrenia e outras correlatas – , e que precisam ser usados por longo tempo.	Em 2000	Mais de 200 mil pessoas foram beneficiadas com os medicamentos para tratamento de patologias específicas.
	Em 2001	Cerca de 111,6 mil pessoas foram beneficiadas com os medicamentos de alto custo, para tratamento de patologias específicas.

Fonte: DPE/SE/MS.

Os Materiais/Medicamentos traduzem-se no pagamento, por parte do Ministério da Saúde, dos medicamentos utilizados para o tratamento dos doentes em regime de internação hospitalar, além dos quimioterápicos usados no tratamento do câncer em regime ambulatorial. Em 2000, 13 milhões de pessoas tiveram acesso a esses tipos de medicamentos.

Consolidando todas as ações da Assistência Farmacêutica, apresentamos o seguinte gráfico:



Dando sustentabilidade ao Programa de Assistência Farmacêutica, outras importantes ações foram desencadeadas, sendo as de maior relevância:

- Implantação do Registro Nacional de Preços

Esse registro possibilitou aos estados, Distrito Federal, municípios, órgãos vinculados a essas esferas de governo e ao próprio MS adquirirem medicamentos sem necessidade de processo licitatório, com mais agilidade e economia de recursos.

- Implantação dos Núcleos Avançados de Apoio

Esses Núcleos são instrumentos de controle dos medicamentos chamados Estratégicos, aqueles que o MS adquire e distribui aos estados e municípios, permitindo o controle dos estoques regionais em relação à sua quantidade e qualidade.

- Lei das Patentes/Lei dos Genéricos

Lei n.º 9.279, de 14 de maio de 1996, particularmente em relação a medicamentos, determina que os medicamentos patenteados no exterior e cuja patente esteja vencida, podem ser copiados. Essa determinação possibilitou o surgimento

dos Medicamentos Genéricos. Em consequência, a Lei n.º 9.787/99 – Lei dos Genéricos, regulamentada pelo Decreto n.º 3.181, de 23 de setembro de 1999, regulariza a avaliação, os testes de bioequivalência e a comercialização dos Medicamentos Genéricos produzidos pela indústria farmacêutica. Até 2000, foram avaliados e aprovados para comercialização mais de 150 medicamentos genéricos para diversas indicações terapêuticas, como antibióticos, anti-inflamatórios e anti-hipertensivos. Em 2001, o mercado nacional já disponibilizava para o consumidor mais de 400 genéricos com ampla indicação terapêutica.

6.8 Projeto Alvorada

Importante Iniciativa Governamental

Outra iniciativa governamental que engloba um conjunto de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população e a redução das desigualdades regionais é o Projeto Alvorada. A estratégia desse Projeto é implantar, nas regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, programas que possam contribuir diretamente para a geração de renda e permitir o acesso à educação, saúde, assistência social, justiça, trabalho e agricultura. Fixando como parâmetro localidades com um IDH igual ou menor que 0,500, foram identificados 2.313 municípios, distribuídos em 23 estados da federação, envolvendo uma população de 40,2 milhões de habitantes.

O Ministério da Saúde participa do Projeto com quatro programas, que possuem interface com outros programas componentes do Projeto Alvorada, contribuindo diretamente para a redução da desigualdade social.

A Portaria n.º 335, de 16 de março de 2001, criou a Gerência Especial do Projeto Alvorada - Saúde, vinculada diretamente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a fim de estabelecer diretrizes para o melhor desempenho e articulação entre as ações do Projeto Alvorada sob a responsabilidade deste Ministério. A Gerência Especial do Projeto Alvorada conta com o apoio técnico da Coordenação-Geral de Planejamento - CGPL, no fornecimento de instrumentos gerenciais.

No âmbito do MS, no período 2000-2001, foi realizado um conjunto de ações que necessitou de um aporte financeiro da ordem R\$ 2,2 bilhões, conforme quadro a seguir:

**Projeto Alvorada
Brasil, 2000 – 2001**

R\$ mil correntes

Ação	2000	2001	Total
1. Saúde da Família - PACS/PSF			
• População Atendida	13.569.615	17.943.450	17.943.450
• Equipes de Saúde Implantadas	4.053	5.201	5.201
• Financeiro	299.044	378.297	677.341
2. Redução da Mortalidade Materna e Neonatal			
• Gestantes Atendidas	731.121	715.382	1.446.503
• Financeiro	170.710	205.965	376.675
3. Saneamento/Redução da Mortalidade Infantil			
• Famílias Beneficiadas	84.079	1.465.528	1.549.607
• Financeiro	75.252	1.103.216	1.178.468
4. Bolsa-Alimentação			
• Bolsas Concedidas	0	14.110	14.110
• Municípios Habilitados	0	51	51
• Financeiro	0	316	316
Total Financeiro	545.006	1.687.794	2.232.800

Fonte: CGPL/SE/MS.

6.9 Saúde da Criança

A mortalidade infantil está sendo reduzida em todo o País, como já foi bem explicitado em capítulo específico desta publicação, mostrando o encadeamento de ações que têm contribuído para tanto.

Outras importantes ações somam-se aos bons resultados já alcançados:

- Projeto *Carteiro Amigo*, implantado em 1999, em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, com o objetivo de treinar carteiros na promoção do aleitamento materno, beneficiando mais de 900 mil crianças menores de um ano nas regiões Nordeste e Centro-Oeste;
- Intensificação da humanização da assistência ao recém-nascido de baixo peso, por meio do estabelecimento de normas técnicas ao Método Mãe-Canguru, em parceria com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES;

- Credenciamento de mais 200 hospitais *Amigo da Criança* e mais de 136 bancos de leite humano, configurando a maior rede de banco dessa natureza no mundo.

6.10 Saúde do Adolescente

A juventude brasileira, composta de pessoas na faixa etária de 10-24 anos, representa quase um terço da população total. Os adolescentes são aqueles de 15 a 19 anos, e os jovens adultos são os de 20 a 24 anos. O País contava com 18,3 milhões de jovens em 1970; em 1998, esse número passou para 32,0 milhões.

A difusão de informações em 2000 permitiu formar 500 adolescentes, 25 educadores juvenis e 2 educadores *senior*, e 190 orientadores sociais do Programa Agentes Jovens de Desenvolvimento Social e Humano, que passarão a desempenhar o papel de multiplicadores nas suas comunidades. Outros 300 multiplicadores dos estados de Tocantins e Roraima também foram capacitados em Saúde na Adolescência.

Ainda em 2000, foram editados e distribuídos cerca de 83 mil exemplares de publicações sobre diversos temas, como: *Kit Adolescente e Saúde*, *Desenvolvimento da Juventude Brasileira* e *Gravidez na Adolescência*. Em 2001, esse processo teve o seu universo ampliado quando da realização do *Encontro das Tribos Jovens*, para a sensibilização de 2.700 adolescentes e a capacitação de 812 multiplicadores. Foi promovida, ainda, a integração entre jovens de diferentes culturas, 8 grupos de afro-descendentes e 6 etnias indígenas.

No campo da humanização do atendimento ao adolescente, foram capacitados 4.693 profissionais de enfermagem, 1.004 pediatras e 5.686 líderes da Pastoral da Criança, além de psicólogos, ginecologistas e obstetras, visando ao aprimoramento do atendimento aos adolescentes.

6.11 Saúde da Mulher

A atual prioridade dada pelo MS ao Programa Saúde da Mulher já apresenta resultados, no que diz respeito à melhoria da qualidade da assistência à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, refletindo-se na redução da morbimortalidade infantil e materna, como pode ser observado a seguir:

Gestação, Parto, Puerpério e Abortamento

- o fortalecimento do pré-natal na atenção básica foi responsável pelo aumento significativo de consultas, passando de 1,8 milhões de consultas em 1994, para 8,3 milhões em 1998, até atingir 10,2 milhões em 2001. Esse aumento deve-se à inclusão do exame pré-natal no Piso de Atenção Básica - PAB;
- redução da taxa de cesáreas, que em 1995 era de 32 %, passou a 24% em 2000, até atingir 25,1% em dezembro de 2001;
- aumento do valor do parto pago pelo SUS em 160%;
- criação do prêmio Galba de Araújo, com o propósito de revelar experiências inovadoras de maternidades públicas;
- até 2001, treinamento de cerca de 37 mil profissionais de saúde, bem como a disponibilização de 10.664 leitos obstétricos para o atendimento à gestante de alto risco;
- introdução do pagamento do parto realizado por enfermeiras obstétricas, bem como a realização de cursos de especialização para esses profissionais. Em 2000, os estados do AC, AL, BA, SC, RJ, MG, RO, DF e RS receberam apoio para a realização desses treinamentos;
- o Programa de Humanização do Parto e Nascimento prevê a realização de no mínimo seis consultas e todos os exames laboratoriais exigidos no decorrer do pré-natal, além dos procedimentos necessários à adequada assistência ao parto;
- em agosto de 1999, foi publicada portaria que define critérios para o apoio à implantação de Centros de Parto Normal.

Planejamento Familiar

- estimulando a implantação do planejamento familiar nos serviços da rede pública, foram disponibilizados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, todos os métodos contraceptivos aprovados pelo MS;
- elaboração e distribuição do manual *Assistência ao Planejamento Familiar e Orientação Básica para Implantação e Implementação de Serviços de Planejamento Familiar*, dirigido aos profissionais de saúde;

- repasse de recursos financeiros aos estados e municípios para o pagamento de consultas relativas a planejamento familiar, bem como a inserção de DIU e a colocação de diafragma executadas pelos serviços de saúde.

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Câncer Cérvico-Uterino e de Mama

- ampliação do acesso ao atendimento e consequente diagnóstico e tratamento em DST/aids;
- apoio à Coordenação Nacional de DST e Aids do MS na elaboração de material educativo e informativo, bem como de campanhas educativas na mídia, para público-alvo específico.

Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher

- elaboração e distribuição do manual *Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*;
- elaboração, em parceria com o Ministério da Justiça, de cartilha sobre violência intrafamiliar, no contexto dos Direitos Humanos, para os Agentes Comunitários de Saúde;
- implantação de 48 serviços de atendimento à mulher vítima de violência doméstica e sexual em 18 estados brasileiros.

6.12 Saúde do Idoso

A Maturidade, também denominada Terceira Idade, é o estágio de vida em que a população brasileira tem crescido em índices cada vez mais elevados, requerendo uma atenção diferenciada por parte do setor Saúde. Procurando elevar a qualidade de vida desse grupo, o MS tem envidado esforços na implementação de ações como:

- a imunização do idoso em 1999, que alcançou cerca de 7,5 milhões de pessoas na idade de 65 anos e mais, representando 87,3% da população dessa faixa etária. Em 2001, foram imunizados quase 10,8 milhões de idosos, representando 82% da população na faixa etária dos maiores de 60 anos;

- humanização do atendimento ao idoso, destacando a permissão de acompanhamento ao idoso hospitalizado; criação do Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, em parceria com o Ministério da Previdência e Assistência Social; e estabelecimento de pacto contra a violência e maus-tratos aos idosos, em parceria com os ministérios da Justiça e da Previdência, compreendendo a realização de campanhas de esclarecimento à população sobre os tipos de maus-tratos praticados contra idosos, e o treinamento de profissionais de saúde para a notificação de casos de abusos e negligência contra o idoso.

6.13 Programa de Prevenção e Combate ao Câncer

Resgatando Saúde

Atualmente, o câncer é a terceira causa de morte no Brasil. Muitos fatores têm contribuído para isso, principalmente o envelhecimento da população e o intenso processo de urbanização que resultou na exposição contínua a fatores ambientais e mudanças de comportamentos responsáveis pela carcinogênese.

Câncer de Colo de Útero

Em 1995, após participar da VI Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada na China, o Brasil assumiu o compromisso de desenvolver um programa de âmbito nacional visando ao controle do câncer de colo de útero. Já no ano seguinte, passou a rastrear a incidência desse tipo de câncer por meio do exame citopatológico em diferentes pólos do País.

Projeto Piloto Viva Mulher

Em 1997, o Projeto Piloto Viva Mulher foi implantado em seis localidades brasileiras, concentrando esforços na realização do exame citopatológico do colo de útero em mulheres na faixa etária dos 35 aos 49 anos. Entre 1998 e 2000, foram realizados 32.614.597 exames de prevenção do câncer de colo de útero. No mesmo período, foram distribuídos pelo MS 181 equipamentos de cirurgia de alta frequência.

**Projeto Viva Mulher
Brasil, 1998 – 2000**

Período	Resultados
1998	<ul style="list-style-type: none"> • 124.440 mulheres cadastradas; • 95,8% a 98,7% das mulheres (conforme a localidade) apresentaram exames sem alterações; • 4.602 (3,7%) das mulheres apresentaram algum tipo de alteração, e destas, 3.674 (79,8%) tinham lesões de baixo grau e 928 (20,2%) tinham lesões de alto grau. Dessas mulheres, 72,30% tiveram seguimento, com a aplicação do adequado tratamento; • Intensificação do programa com a realização da 1.ª Fase de Intensificação do Viva Mulher, com participação de 97,9% dos municípios brasileiros, em todos os estados, quando foram realizados 3.177.740 exames citopatológicos (Exame de Papanicolaou); • Implantação do Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero – SISCOLO, com o cadastramento de informações de exames de colo de útero de 2.150.751 mulheres; • Ampliação e qualificação da rede de coleta de material e da rede de laboratórios, bem como da rede de serviços para o tratamento ambulatorial, com distribuição de 190 equipamentos para Cirurgia de Alta Frequência - CAF, em todos os estados.
1999 Continuidade da 1.ª fase de Intensificação do Viva Mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de <i>spots</i> de rádio para estimular as mulheres a retornarem às unidades de saúde em busca do resultado do exame citopatológico, realizado durante a campanha de 1998; • Realização da pesquisa <i>Disque Colo</i>, em 5.507 municípios, a fim de avaliar a 1.ª Fase de Intensificação. Foram cobertos 5.389 municípios com 17.159 postos de coletas. Essa pesquisa constatou que em 82% dos municípios as mulheres com resultados positivos receberam seus exames; • Monitoramento de 12.125 mulheres com lesões precursoras de alto grau, cadastradas no SISCOLO, demonstrando que 9.017 delas foram tratadas, 275 recusaram-se a iniciar o tratamento e 77 evoluíram para óbito. Além disso, 2.758 mulheres não foram localizadas; • Monitoramento de 48.537 mulheres com lesões precursoras de baixo grau, cadastradas no SISCOLO; • Implantação do Programa Viva Mulher nas 27 Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal; • Distribuição de 74 equipamentos para Cirurgia de Alta Frequência - CAF para os estados; • Treinamento em radiologia mamária para 27 profissionais técnicos e 27 médicos radiologistas, encaminhado pelas Coordenações Estaduais do Viva Mulher.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do SISCOLO, versão 2000; • Distribuição aos estados de mais 12 equipamentos para CAF; • Realização de treinamento para 1.846 gerentes municipais; • Realização de treinamento para exame clínico de mama para 3.163 profissionais de saúde e 28 médicos ginecologistas em cirurgia de alta frequência além de 117 profissionais em monitoramento do segmento de mulheres e 169 profissionais em operacionalização do sistema; • Avaliação do banco de dados do SISCOLO, mostrando a situação de 5.159.333 exames; • Aquisição de 50 mamógrafos e 50 processadoras, distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde.

Fonte: SPS/MS.

Para 2002, está prevista a 2.ª Fase de Intensificação do Programa Nacional do Controle do Câncer de Colo de Útero, a ser realizada nos meses de março e abril, com meta de realização de 2.511.581 exames em mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos.

Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, gerenciado pelo Instituto Nacional de Câncer, iniciou suas atividades em 1996, ainda em fase de estruturação. Iniciada a sua operacionalização em 1997, a estratégia principal desse Programa é a capacitação gerencial e técnica das Secretarias

Municipais de Saúde para o desenvolvimento de ações em nível local. Seus resultados obtidos são apresentados a seguir:

Capacitação em Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco Brasil, 1996 – 2001						
Especificação	1996	1997	1998	1999	2000	2001
• Recursos Humanos de Representações Municipais	115	136	1.517	846	4.252	9.533
• Escolas Livres do Cigarro	4	0	205	922	1.964	3.771
• Professores					43.432	15.968
• Adolescentes					900.935	299.065
• Unidades de Saúde Livres do Cigarro	3	73	105	1.089	490	1.153
• Ambiente de Trabalho Livre do Cigarro	100	50	516	358	1.708	881

Fonte: COMPREV/INCA/MS.

Os esforços empreendidos na prevenção e vigilância para o controle do câncer foram coroados com a aprovação, em dezembro de 2000, do Projeto de Lei n.º 10.167, que restringe a publicidade de produtos do tabaco.

Em 1999, começaram a ser desenvolvidas ações para avaliação e vigilância do câncer e seus fatores de risco, com o objetivo de aprimorar esse trabalho nas secretarias de saúde.

Em 2000, as ações de avaliação e vigilância já se encontravam implantadas em 26 estados da União e no Distrito Federal. A estratégia de implantação incluiu a compra de equipamentos e a contratação de técnicos, além da educação continuada dos recursos humanos especializados em atividades de vigilância do câncer e fatores de risco.

A partir de 1998, foi desencadeado pelo MS o Projeto Expande, que consiste na elevação da capacidade instalada de atendimento em 20 hospitais do País até 2004, implantando Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON e proporcionando cobertura a 14 milhões de brasileiros. Em 2001 foram implantados sete centros distribuídos em todas as regiões do Brasil.

**Principais Realizações Assistenciais em Oncologia
com Uso de Tecnologia e Medicamentos de Alto Custo
Brasil, 1995 – 2001**

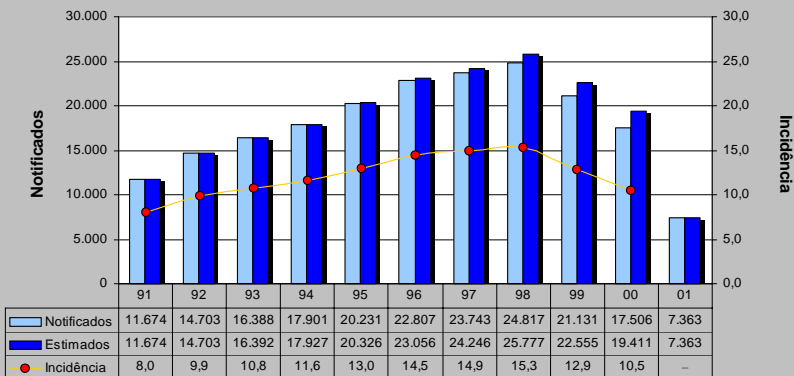
Especificação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
• Matrículas de pacientes	11.988	12.732	12.912	12.798	12.320	10.794	10.091
• Consultas	158.316	200.460	225.936	262.764	246.473	244.937	246.841
• Internações	8.328	10.980	12.780	13.321	14.500	16.224	15.883
• Cirurgias	8.988	13.704	11.352	11.820	11.369	12.675	12.956
• Aplicação de quimioterapia	0	15.972	20.028	40.028	40.086	34.686	35.702
• Aplicação de radioterapia	216.192	257.328	249.588	131.458	169.606	182.172	191.822
• Transplante de medula óssea	0	0	70	75	75	93	83

Fonte: INCAMS.

6.14 Programa de DST e Aids

A necessidade da implementação de ações conjuntas tem exigido do Ministério da Saúde o desenvolvimento de programas horizontais. A pesquisa e o intercâmbio de conhecimentos, bem como a cooperação técnica são fatores importantes para a efetividade de nossas políticas mais amplas, focadas na prevenção.

**Casos de Aids (notificados e estimados) e Taxa de Incidência por Ano de Diagnóstico
Brasil, 1991 – 2001**



Fonte: SPS/MS.

A aids no Brasil teve um período de grande expansão entre os anos 80 e 90. Hoje, a epidemia ainda cresce, porém com muito menos intensidade. O esclarecimento da população a respeito das formas de contágio e das práticas de sexo seguro levaram a um quadro atual, se ainda não controlado, menos preocupante.

Os avanços que o programa tem contabilizado são notáveis:

- na evolução da incidência, cuja estimativa no País é de cerca de 630 mil pessoas com HIV, esse percentual representa metade do total projetado pela ONU há 20 anos. Após um período de aumento na taxa de incidência, entre 1991 e 1995, e sua estabilização, de 1996 a 1998, em torno de 14/100.000 habitantes, observa-se a queda desse número em 1999, ano do registro de 11,2 casos por 100.000 habitantes. Até junho de 2001, foram notificados 215.810 casos de aids, dos quais 159.226 (74%) são do sexo masculino e 56.584 (26%) do sexo feminino;
- na queda da mortalidade, em que o número de óbitos caiu de 12/100 mil habitantes para 6/100 mil habitantes, representando uma redução de 50%. Essa involução pode ser medida quando analisado o crescimento dos coeficientes de mortalidade por aids. Em 1995, a taxa de mortalidade foi de 12 óbitos/aids em cada 100 mil habitantes, para cair a 6 óbitos/aids em cada 100 mil habitantes em 1999;
- na intervenção comportamental, com ações de prevenção à aids e adoção de práticas seguras para toda a população e especificamente para grupos de risco acrescido. O alcance dos resultados desse trabalho representa impactos importantes na redução da expansão da epidemia, uma vez que o uso de preservativos na primeira relação subiu de 4% para 48% entre 1986 e 1999. Com essa finalidade, o Ministério da Saúde intensificou a aquisição de preservativos: de cerca de 19 milhões de unidades em 1994, chegou a 200 milhões em 2000;
- nos modelos assistenciais alternativos que o MS tem adotado, é priorizado o cuidado ambulatorial com objetivos de melhorar a qualidade de vida do paciente e reduzir substancialmente o custo do tratamento. Além disso, contribuem para a diminuição da quantidade e da duração das internações, bem como para a redução da necessidade de tratamentos mais complexos. Foram implantados entre março de 1994 a início de 2001, os seguintes serviços:

- 74 Hospitais-dia - HD;
 - 52 Atendimentos Domiciliares Terapêuticos - ADT;
 - 160 Serviços de Assistência Especializada - SAE;
 - 368 credenciamentos de hospitais convencionais;
- na distribuição universal e gratuita dos anti-retrovirais e na política de redução de preços, com a implantação dos medicamentos genéricos, que resultam em benefícios aos pacientes e economia de recursos públicos com internações. Hoje, ano de 2001, cerca de 111 mil pacientes recebem anti-retrovirais na rede pública de saúde (95% são adultos e adolescentes, e 5% são crianças). Em 1999, foram gastos US\$ 336 milhões para atender cerca de 73 mil pacientes. No ano 2000, foram gastos US\$ 303 milhões para atender 87.500 pessoas e, em 2001, foram despendidos R\$ 515,2 milhões com a mesma finalidade. O custo médio ponderado em dólar, por paciente/ano de terapia anti-retroviral, vem caindo. Em 1996, foi de US\$ 3.810/paciente/ano; em 2000, US\$ 3.320; e até junho de 2001, US\$ 2.530/paciente/ano.

6.15 Febre Amarela

A febre amarela é um dos problemas que, historicamente, mais tem influenciado a política de saúde, salientando a política de saneamento nos diversos estados brasileiros. O volume de investimentos implementados nas primeiras décadas do século XX permitiu o alcance da erradicação da doença em 1942. Entretanto, a forma silvestre da febre amarela, impossível de ser erradicada, tem sido, desde então, objeto de intervenções visando ao seu controle. Some-se a essas medidas os esforços de parte do MS no sentido de impedir a reurbanização do *Aedes aegypti*.

Observando o delineamento do quadro epidemiológico, iniciou-se uma ampla campanha de intensificação da vacinação anti-amarílica na área de risco, alcançando os resultados a seguir.

Campanhas de Vacinação Brasil, 1998 – 2000	
Ano	Pessoa Imunizada
1998	12.000.000
1999	16.000.000
2000	21.600.000

Fonte: FUNASA/MS.

O surgimento de surtos epidêmicos de dengue e o risco potencial crescente de reurbanização da febre amarela levou o Governo Federal a implementar, em 1995, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue. Em 1996, novas avaliações do quadro epidemiológico apontaram para mudanças estratégicas na condução de combate ao vetor. Nesse sentido foi efetivado o PEAA - Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*, que, em 1997, descentralizou as ações de controle ao vetor.

Resultados do Plano de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i> - PEAA		
Período	Cobertura Regional	População Beneficiada
1997 a 2000	<ul style="list-style-type: none"> • 3.869 municípios (97% são localizados nas áreas de maior incidência da doença) • 26 estados • Distrito Federal 	140.000.000

Fonte: FUNASA/MS.

Número de Municípios Brasileiros com Infestação de <i>Aedes aegypti</i> Brasil, 1994 – 2001								
Descrição	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Município infestado	969	1.752	2.673	2.780	2.910	3.535	3.592	3.600

Fonte: FUNASA/MS.

Números de Casos Notificados de Dengue Brasil, Junho de 1994 – 2001								
Período	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Junho	26.421	6.124	15.532	19.764	30.122	16.962	15.732	2.544
Janeiro/Junho	42.123	126.652	152.363	204.682	469.053	166.769	197.688	237.342

Fonte: FUNASA/MS.

Em 2001, a elaboração e veiculação de uma campanha educativa permitiu levar a toda população brasileira informações sobre as melhores formas de se prevenir contra a dengue.

Por outro lado, intensificou-se o combate ao agravo com transferências diretas de recursos do Ministério da Saúde para cerca de 4.210 municípios dos 27 estados da federação, que receberam cerca de R\$ 534,3 milhões, sendo R\$ 374,2 milhões para o combate à dengue e R\$ 160,3 milhões para as demais endemias. Além disso, foi gasto, no mesmo ano, um montante de R\$ 111,5 milhões na execução direta de ações de combate à dengue, gerenciadas pelo MS. Esses recursos, somados a outros já repassados, permitiram às prefeituras contratarem profissionais com finalidades específicas, conforme a evolução apresentada a seguir:

Descentralização das Ações de Combate à Dengue Brasil, 1997 – 2001			
Ano	Profissionais Contratados pelas Prefeituras		Total
	Agentes Sanitários	Supervisores e Motoristas	
1997	10.000	1.000	11.000
1998	18.000	2.000	20.000
1999	22.000	2.500	24.500
2000	30.000	3.300	33.300
2001	35.000	4.000	39.000

Fonte: FUNASA/MS.

6.16 Malária

A malária, no Brasil, concentra-se nos estados do Norte, Centro-Oeste (MT) e Nordeste (MA). Nessas regiões, condições ambientais e socioeconômicas como urbanização acelerada sem infra-estrutura de saúde, desmatamento e migrações têm permitido a disseminação da doença, além de dificultar a atuação dos profissionais envolvidos no seu controle.

Um dos grandes fatores determinantes do crescimento acentuado dos casos de malária têm sido os projetos de assentamento rural, onde, nos últimos anos, foram registrados 632 mil casos e, desse total, 99,7% na Amazônia Legal.

Dos três tipos de malária existentes no Brasil, a malária causada pelo *falciparum* é a mais grave, podendo levar o doente ao óbito. O percentual de aparecimento desse tipo de malária, que nos anos 80 era, em média, de 50%, atualmente caiu para 20%. Entretanto, ainda é preciso investir muito para se alcançar melhores resultados e, para tanto, o MS, em julho de 2000, lançou o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal - PIACM, em parceria com os estados e municípios, com o objetivo de reduzir em até 50% os casos de malária até o final de 2001.

Redução dos Casos de Malária no País Brasil, 1999 – 2001		
Período	% de Casos de Malária no Brasil	% de Casos de Malária na Amazônia Legal
1999 - 2001 (janeiro a maio)	Redução de 37,1%	Redução de 79,32%

Fonte: FUNASAMS.

Incidência dos Casos de Malária no País Brasil, 1996 – 2001	
Ano	N.º de casos
1996	441.466
1997	403.108
1998	469.980
1999	635.644
2000	613.048
2001	383.007

Fonte: FUNASAMS.

6.17 Doença de Chagas

A doença de Chagas, endêmica nas áreas rurais, ainda afeta muitas pessoas que se contaminaram no passado, razão porque continua sendo um problema de Saúde Pública no Brasil. Porém, os resultados do seu programa de controle e prevenção já podem ser observados na redução da incidência da doença e início da interrupção da transmissão por vetores (*Triatomíneos*). O impacto sobre a transmissão vetorial apresenta melhores resultados quando observado o *Triatoma infestans*, principal vetor de Chagas no Brasil, cuja interrupção da transmissão foi certificada pela Organização Pan-Americana da Saúde em oito estados brasileiros: GO, MT, MS, MG, PB, PE, RJ e SP.

Indicadores Entomológicos Brasil, 1983 – 1999		
Discriminação	Ano	
	1983	1999
N.º de municípios com <i>T. infestans</i>	711	57
Participação relativa de <i>T. infestans</i> no total de capturas, considerando todas as espécies	13,54%	0,23%
Taxa de infecção natural por <i>T. infestans</i>	8,40%	3,90%

Fonte: FUNASAMS.

6.18 Vigilância Ambiental em Saúde no SUS

A estruturação do Sistema de Vigilância Ambiental em Saúde no SUS, formalizada pelo Decreto n.º 3.450, de 10 de maio de 2000, estabeleceu como competência da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, por meio do CENEPI, a “gestão do sistema nacional de vigilância ambiental em saúde”. A FUNASA, nos últimos dois anos, vem se estruturando e apoiando as Secretarias Estaduais de Saúde na organização do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, que prioriza a vigilância de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos) e de contaminantes ambientais, químicos e físicos que possam interferir na qualidade da água, ar e solo, bem como os riscos decorrentes de desastres naturais e de acidentes com produtos perigosos.

Os esforços empreendidos para a implantação do Sistema já podem ser observados:

- implantação, nos 27 estados, do SISAGUA, sistema de informação para a vigilância da qualidade da água para consumo humano;
- cadastramento de 1.500 sistemas de abastecimento de água;
- edição da Portaria/MS n.º 1.469, de 29 de dezembro de 2000, que aprova a Norma de Qualidade da Água para Consumo Humano e dispõe sobre procedimentos e responsabilidades inerentes ao controle e à vigilância da qualidade da água, e estabelece o padrão de potabilidade da água para consumo humano;
- avaliação de toda a rede de laboratórios, que resultou na elaboração de uma proposta para a reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- capacitação de cerca de 800 profissionais e aquisição de equipamentos para vários laboratórios, permitindo uma melhor resposta às demandas das ações de vigilância em saúde;
- implantação de um Sistema de Garantia da Qualidade de Serviços Laboratoriais, com a implementação de normas de biossegurança, além da adequação e construção de áreas laboratoriais de contenção de nível de biossegurança 3 (NB3);
- estabelecimento de parceria com o *Centers for Diseases Control and Prevention* - CDC, de Atlanta, EUA, e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, por intermédio do Núcleo de Biossegurança - NuBIO e do Instituto Nacional para o Controle de Qualidade em Saúde - INCQS, para a concepção, formatação e execução desse Sistema de Qualidade;
- implantação de 12 unidades laboratoriais estratégicas, localizadas em regiões de fronteiras, visando ao fortalecimento das ações de vigilância em saúde, bem como a colaborar para o cumprimento dos acordos internacionais quanto à prevenção e controle de doenças, produtos e serviços.

6.19 Um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas, sob diferentes situações de regularização fundiária, ocupando cerca de 12% do território nacional.

Uma parcela dessa população habita em áreas urbanas, normalmente na periferia das cidades.

Estimada em 350.000 pessoas, essa população compreende cerca de 210 povos, com mais de 170 línguas identificadas. Cada um desses povos tem suas diferentes formas de organização social, política, econômica, relação com o meio ambiente e ocupação do território. Cerca de 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do País, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% estão distribuídos em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do Brasil. Os indígenas constituem, hoje, 0,2% da população brasileira, com presença significativa em alguns estados brasileiros, como, por exemplo, 15% da população de Roraima, 4% no Amazonas e 3% em Mato Grosso do Sul.

No período de 1995 e 1998, observou-se uma alteração no quadro epidemiológico das populações indígenas, uma vez que a sua situação de saúde indicava taxas de morbidade e mortalidade bem superiores àquelas encontradas no restante da população brasileira. Em relação à morbidade, verificava-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por imunizantes.

Assim, em 1999, o governo brasileiro promoveu novo reordenamento na assistência às populações indígenas, por meio do Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, atribuindo ao MS a execução de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas. A Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A organização desse Subsistema consolida-se pela estruturação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, orientados para um espaço etno-cultural, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. Cada DSEI, cujo número atual é de 34, tem uma rede de serviços integrada e hierarquizada, com complexidade crescente, articulada com o SUS. A atenção básica se dá nos postos de saúde em nível de aldeia, por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS; e pelas equipes multidisciplinares, formadas basicamente de médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem lotados nos Pólos-Base, que se deslocam às aldeias, periodicamente, conforme o planejamento das ações. Os Pólos-Base ficam localizados na comunidade indígena ou no município de referência, atuando como apoio assistencial

à comunidade atendida nas aldeias. As demandas que não forem atendidas pelos Pólos-Base, devido à sua média complexidade, deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS.

Tendo em vista a necessidade de organizar esse Subsistema, o MS, de 1999 a 2001, vem canalizando recursos para:

- contratação de mais de 6 mil profissionais de saúde;
- construção e reforma de mais de 260 unidades assistenciais;
- aquisição de 636 veículos;
- aquisição de mais de 1.000 equipamentos de radiocomunicação.

De forma a efetivar a participação das populações indígenas nas políticas públicas específicas aos seus povos, o MS promoveu, de 14 a 18 de maio do presente ano, em Luziânia-GO, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, tendo como tema principal: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde Indígena com controle social*. Participaram 807 pessoas, sendo 408 indígenas de 113 etnias, organizados pelos Conselhos Indígenas de Saúde.

6.20 Assistência Hospitalar no SUS

Os resultados concretos dessa política podem ser observados na redução das taxas de mortalidade de pacientes internos. Entre os menores de um ano, a redução da mortalidade foi de 8% entre 1994 e 2000, enquanto a Taxa de Mortalidade Hospitalar Materna deduziu-se em 25,1% no período de 1995 a 2000. Já a mortalidade por doença diarreica em hospitalizados foi 57,8% menor, quando comparados os dados dos anos de 1995 e 2000.

Embora, no período de 1994 a 2001, tenha se verificado uma redução de 20,3% no número de internações hospitalares, decorrente da implementação de mecanismos gerenciais de programação, controle e avaliação da assistência hospitalar, verifica-se um acréscimo de 39,6% nos valores despendidos, consequência da revisão e da incorporação de novos procedimentos na Tabela do SUS.

O Programa de Humanização da Assistência ao Parto objetiva a redução da morbimortalidade materna e neonatal por meio da melhoria das condições gerais

de infra-estrutura, materiais, equipamentos, capacidade instalada e operacional de hospitais obstétricos que realizam um número igual ou superior a 1.000 partos por ano.

A produção hospitalar em cirurgias foi ampliada na medida em que a rede hospitalar credenciada se tornou mais extensa, com reflexo direto no crescimento da sua frequência entre 1995 e 2001, conforme o observado na tabela seguinte:

Frequência Anual de Cirurgias Brasil, 1995 – 2001							
Procedimento	Ano						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cirurgias Cardíacas	51.390	53.232	54.580	57.042	61.643	71.248	78.141
Cirurgia Otorrinolaringológica	42.202	38.626	41.073	41.313	47.900	56.461	58.432
Cirurgia Oncológica	43.418	43.719	45.672	47.880	76.629	82.180	86.386
Cirurgia Geral	663.360	662.217	651.419	683.699	715.308	762.083	766.978
Cirurgia Ortopédica e Traumatológica	569.351	539.263	549.739	550.792	583.285	618.228	637.622

Fonte: SAS/MS

Em relação ao atendimento de Urgência e Emergência, foi desenvolvido, em 1998, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência, que contou com recursos da ordem de R\$ 150 milhões para compra de equipamentos e treinamento de médicos e enfermeiras. Esses recursos foram repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, por meio da celebração de convênios.

Os programas desenvolvidos em nível estadual permitiram que fossem equipados 211 hospitais, adquiridos 267 unidades móveis (incluindo ambulâncias e outros tipos de equipamentos de resgate) e treinados aproximadamente 50 mil profissionais de saúde (incluindo os de nível médio e superior).

Com o objetivo de complementar os investimentos já realizados, o Ministério da Saúde está adquirindo equipamentos para as Unidades de Urgência e Emergência e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), beneficiando 300 hospitais.

O sistema hospitalar do SUS, em 2001, contou com 11.120 leitos de UTI, representando um acréscimo da oferta da ordem de 21%, quando comparado ao período de 1994.

No ano 2001, o SUS custeou 2,14 milhões de unidades diárias de UTI, com uma média mensal de 171 mil diárias, enquanto em 1995 foram pagos 1,8 milhão de diárias, o que significa um aumento de 12,8% na sua frequência.

Em relação aos transplantes, foi adotada uma série de medidas que vão desde a organização do Sistema Nacional de Transplantes até alterações na forma e no valor do pagamento da cirurgia e fornecimento de medicamentos para os pacientes transplantados, destacando-se as seguintes ações:

- a implantação dos Centros Estaduais de Transplante, como também dos Regionais, permitindo que em 2000 fossem realizados 6.299 transplantes, número elevado para 7.229 em 2001, apenas nesses centros;
- criação da Central Nacional de Transplantes, que funciona 24 horas por dia no Aeroporto de Brasília. Articula o trabalho das Centrais Estaduais e provê os meios para as transferências de órgãos entre estados;
- criação de Bancos de Órgãos e Tecidos, mediante a definição de normas de funcionamento e cadastramento, até 2001, dos seguintes bancos:
 - Banco de Valvas Cardíacas;
 - Banco de Olhos (córneas);
 - Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (transplante de medula);
 - Banco de Ossos (enxertos de ossos e tecidos ligamentosos);
- alteração da Lei dos Transplantes – por Medida Provisória de outubro de 2000. Retirou-se o registro da manifestação de vontade – *doador/não doador* – nas carteiras de identidade e de habilitação. A obrigatoriedade dessa manifestação, que no início parecia promissora para o Sistema, revelou-se um grande problema. Além disso, foi consolidada a obrigatoriedade da consulta à família para autorização da doação/retirada de órgãos.

6.21 Assistência Ambulatorial

A rede ambulatorial do SUS é composta de 56.642 unidades, distribuídas por todo território nacional. Em 2001, foram realizados quase 1,1 bilhão de curativos, consultas

básicas, ações de enfermagem e outras que fazem parte do elenco de procedimentos cobertos com recursos do Piso de Atenção Básica. No mesmo ano, realizou-se 549,1 milhões de procedimentos especializados, além de 117,3 milhões de procedimentos assistenciais de Alta Complexidade, incluindo-se as sessões de hemodiálise.

Em 1995, foram realizadas 3,3 milhões de sessões de hemodiálise, beneficiando cerca de 23 mil pessoas. Em 2001, foram 6,6 milhões dessas sessões, representando um crescimento de 95,1%. Considerando que não tem havido um crescimento tão grande na ocorrência da insuficiência renal crônica, pode-se concluir que o crescimento se deu devido à facilitação do acesso aos serviços, com a incorporação de aproximadamente 18 mil novos pacientes ao tratamento de hemodiálise.

Quanto à hemodiálise, ainda existem muitas máquinas que não garantem ao paciente a qualidade necessária ao seu melhor atendimento. Dessa forma, o MS instituiu o Projeto de Máquinas de Hemodiálise, com recursos do REFORSUS, para aquisição de 739 máquinas de hemodiálise e substituição das antigas nos serviços públicos e filantrópicos, tendo como consequência o aumento dessa oferta. Tal iniciativa, com um custo total de R\$ 18,5 milhões, beneficiará 82 serviços de hemodiálise em todo o País.

Os procedimentos ambulatoriais voltados ao diagnóstico e ao tratamento, também, tiveram suas freqüências influenciadas pela ampliação da rede credenciada, conforme se observa na evolução abaixo:

Frequência Anual de Procedimentos Ambulatoriais Brasil, 1995 – 2001							
Procedimento	Ano						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Tomografia Computadorizada	573.018	600.723	615.795	662.566	738.872	906.574	817.656
Quimioterapia	497.034	529.771	567.654	561.959	592.933	785.220	945.299
Radioterapia	4.499.277	4.856.379	4.917.670	4.718.867	4.501.305	4.955.963	5.368.805
Ressonância Magnética	0	0	0	22.421	43.873	75.523	87.004
Mamografia	589.729	681.441	809.745	916.548	1.040.778	1.265.213	1.475.224
Hemodiálise	3.375.573	3.837.225	4.180.745	4.708.861	5.390.803	6.033.713	6.585.913
Patologia Clínica	158.225.527	166.594.631	170.112.999	177.747.467	193.690.991	222.192.252	240.749.070

Fonte: SAS/MS

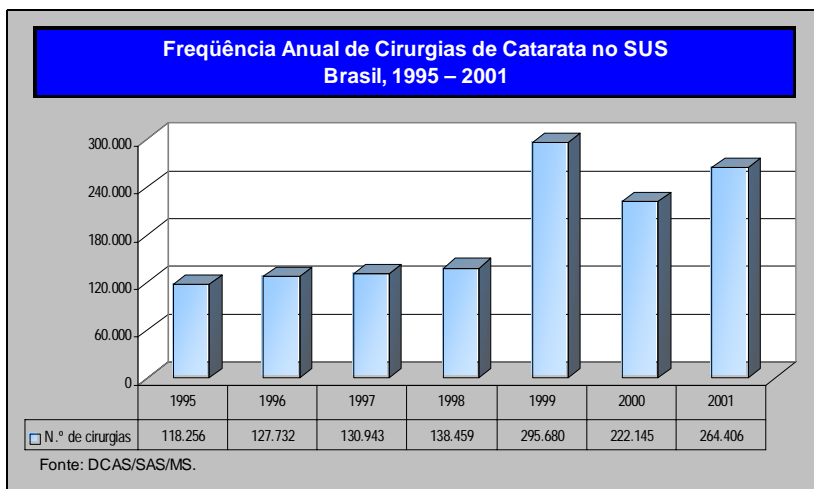
6.22 Mutirões de Cirurgia

A Campanha de Redução de Filas teve início com os mutirões de cirurgia eletivas em 1999. Até 1998, os procedimentos cirúrgicos de catarata, próstata e varizes eram realizados apenas na rotina.

Esses mutirões têm como objetivo aumentar a oferta de procedimentos eletivos, reduzir as filas de espera e melhorar o acesso à assistência médica aos usuários do SUS, tendo obtido os seguintes resultados:

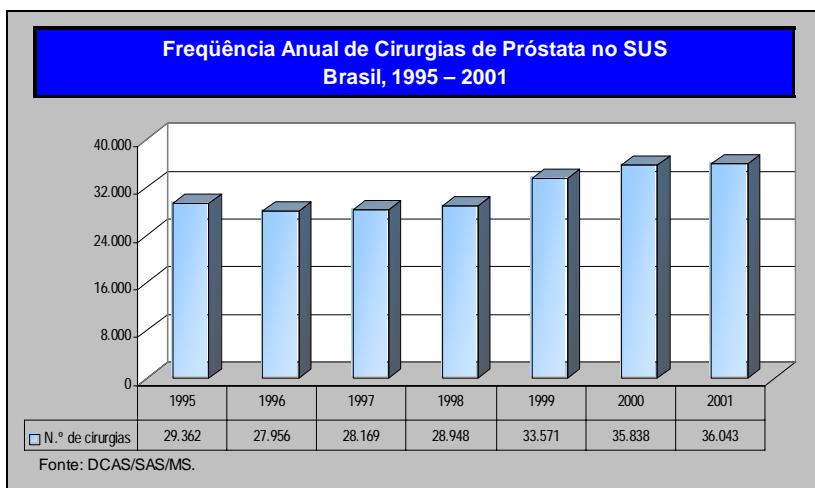
- Mutirão de Cirurgia de Catarata

O MS vem implementando ações que permitem aumentar o número de cirurgias de catarata realizadas anualmente pela rede pública. O gráfico abaixo mostra essa frequência, indicando uma diminuição da demanda reprimida:



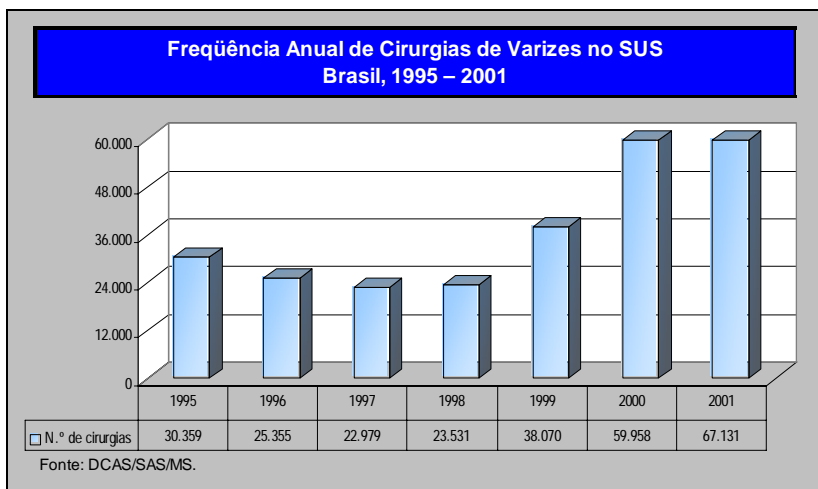
- Mutirão de Cirurgia de Próstata

A hiperplasia prostática benigna apresenta-se com maior incidência de acordo com o aumento da idade, sendo bastante freqüente nos homens com mais de 70 anos. A rotina não vinha conseguindo acompanhar a elevação da demanda provocada pelo envelhecimento da população, principalmente das cirurgias de câncer de próstata, que requerem tratamento prioritário. Com os mutirões, a freqüência desse procedimento vem crescendo como demonstra o gráfico a seguir:



- Mutirão de Cirurgias de Varizes

No Brasil, estima-se que cerca de 35% das pessoas acima de 15 anos são portadoras de varizes. Esse número aumenta com a idade: na faixa etária entre os 30 e 40 anos, atinge 3% dos homens e 20% das mulheres. Aos 70 anos de idade, 70% dos indivíduos apresentam algum tipo de varizes.



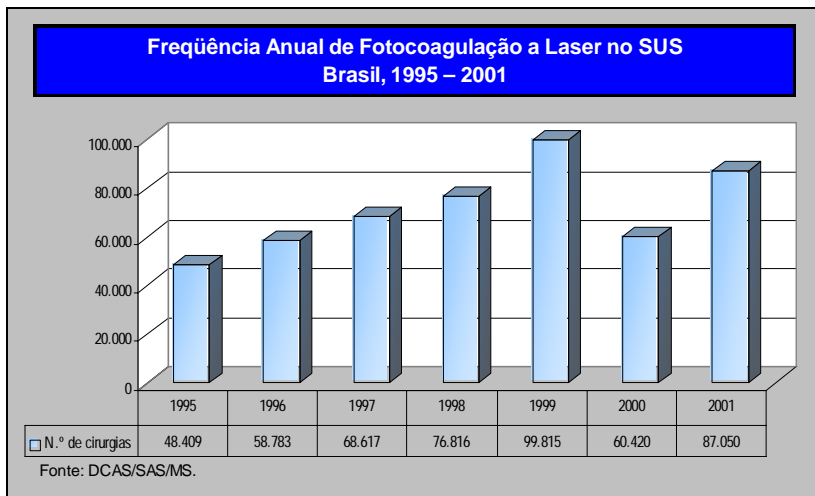
- Campanha de Redução da Cegueira Decorrente da Retinopatia Diabética

Iniciada no ano 2000, visa a ampliar a oferta e o acesso ao diagnóstico e tratamento especializados para população diabética com problemas de retinopatia.

Para melhorar a capacidade tecnológica dos serviços de oftalmologia do SUS, foram firmados convênios com Hospitais Universitários, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para implantação/implementação de 31 Centros de Referência para o tratamento da retinopatia diabética, em 22 estados da Federação, no valor total de R\$ 6 milhões.

O quantitativo definido para a implantação de cada Centro de Referência é de R\$ 195.000,00, destinados à aquisição de equipamentos como *laser* de argônio, endolaser, retinógrafo, oftalmoscópios, vitreófagos, microscópios, etc.

A seguir, gráfico demonstrativo sobre a evolução da freqüência do procedimento de fotocoagulação a *laser* no SUS, no período de 1995 a 2001:



Humanização do Atendimento

Foi implantado o Projeto Piloto de Humanização da Assistência Hospitalar, com os seguintes objetivos gerais:

- melhorar a qualidade dos serviços de saúde em termos de humanização do atendimento e capacitação de profissionais para interação com os usuários;
- fortalecer a política de atendimento ético e de valorização da vida humana;
- melhorar a imagem do serviço público de saúde sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde.

Durante seis meses, esse projeto foi desenvolvido em dez hospitais, o que possibilitou a elaboração do Programa Nacional de Humanização. Com base nesse projeto piloto, foi implantado, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com o propósito de formar uma rede nacional de atendimento humanizado, com vistas a uma mudança na lógica assistencial por meio do desenvolvimento de modelos alternativos e inovadores de atenção à saúde.

Para este ano, o programa foi implantado em 73 hospitais, sendo que dez participaram do Projeto Piloto de Humanização e 63 integram o Programa dos Centros Colaboradores.

As diretrizes do programa foram baseadas na criação de sete Núcleos Regionais de Capacitação, que já capacitaram 220 profissionais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além dos profissionais dos 73 hospitais acima citados.

6.23 Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços

A vigilância sanitária é responsável por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir na resolução de problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da Saúde. Dessa maneira, controla as condições de produção, comercialização e uso de produtos, como alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, agrotóxicos, materiais e equipamentos médicos, entre outros; e, também, os serviços de saúde ou de interesse para a saúde (hospitais, consultórios, clínicas, laboratórios, estabelecimentos de beleza, etc.). São apontados como principais resultados em 2000:

- desenvolvimento do Sistema de Fiscalização e Inspeção;
- descentralização de ações de vigilância sanitária;
- elaboração das diretrizes de desenvolvimento de recursos humanos;
- regulamentação dos medicamentos genéricos;
- desregulamentação na área de registro de produtos saneantes, cosméticos e alimentos.

Metas alcançadas pela ANVISA Brasil, 2001	
Atividades	Redução de Prazos
• Concessão de autorização de funcionamento de empresa de medicamentos/cosméticos/saneantes risco II/certificação e análise de medicamentos	30 dias
• Concessão de autorização de funcionamento de empresa de produtos para a saúde	20 dias
• Concessão de registro de cosméticos	25 dias
• Concessão de registro de saneantes risco	45 dias
• Concessão de registro de medicamentos genéricos	15 dias
• Concessão de registro de alteração bula/excipientes/embalagem	15 dias
• Concessão de registro de similares	30 dias
• Concessão de registro de medicamentos novos	90 dias
• Concessão de registro de alimentos	60 dias
• Concessão de registro de produtos para a saúde	60 dias
• Resultado da avaliação toxicológica para concessão de registro de agrotóxicos	Até 120 dias

Fonte: ANVISAMS.

6.24 Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA vem implementando as atividades de controle sanitário de viajantes, meios de transportes e seus respectivos terminais, e da crescente demanda de importação de matérias-primas e produtos em razão da globalização dos processos produtivos.

No período de 1998 a 2001, a partir do aumento de 35% dos pontos de controle sanitário instalados no território nacional após a criação da ANVISA, da revisão e regulamentação das atividades técnicas, das integrações intra e interinstitucional, do incremento de 30% da força de trabalho, da definição do quadro mínimo e da capacitação de pessoal, das supervisões técnicas e da melhoria da infra-estrutura e logística dos postos de vigilância sanitária instalados, constatou-se um aumento médio superior a 100% no número de inspeções sanitárias. Essas ações têm como alvo os viajantes procedentes de regiões onde há ocorrência de doenças transmissíveis, e abrange os meios de transportes e terminais de cargas e de passageiros. Cabe ainda destacar o significativo aumento no controle sanitário de matérias-primas e produtos importados dos quais destacamos os principais resultados:

**Resultados alcançados pela ANVISA
Brasil, 2000 – 2001**

Período	Discriminação
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação da equipe gerencial, técnica e administrativa das Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras da ANVISA; • Diminuição do tempo médio de 48 horas para 24 horas gastas nos processos de importação e exportação de produtos submetidos ao sistema de vigilância sanitária; • Reestruturação e descentralização na instalação de novos equipamentos em suas unidades, e continuidade do processo de informatização.
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir em 10% o índice de risco sanitário em portos, aeroportos e fronteiras, medido no 1.º semestre de 2001, para meios de transportes e carga; • Reduzir em 10% os erros operacionais detectados nos postos de vigilância; • Reduzir para 24 horas o Tempo para concessão de licença para importação; • Reduzir para 24 horas o Tempo para desembaraço de importação.

Fonte: ANVISA/MS.

**Situação Anterior e Atual da Vigilância em Portos, Aeroportos e Fronteiras
Brasil, 1994 – 2001**

Especificação	1994 - 1998	1999 - 2001
• Postos de Vigilância Sanitária de PAF	102	113
• Estações Aduaneiras de Interior	19	40
• Estações Aduaneiras de Fronteira	2	2
• Recursos Humanos	1.010	1.271
• Participações em eventos de RH	240	3.003
• Inspeções Sanitárias	323.000	558.000
• Licenças de Importação	não disponível	349.237

Fonte: ANVISA/MS.

6.25 Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar

Antecedentes e Situação Atual

A necessidade do estabelecimento de um maior controle do risco de ocorrência de casos de infecção hospitalar gerou o desenvolvimento de ações com a finalidade de sensibilizar, educar e informar os profissionais de saúde e envolver a comunidade na discussão do tema e na definição do papel de cada um na sua prevenção.

Em 1999, a ANVISA detectou que, das 27 Unidades Federadas, apenas 12 contavam com programas estaduais em funcionamento. Durante o ano 2000, a ANVISA, em parceria com os estados e o Distrito Federal, estruturou e implantou 26 Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar - CECIH em todo o País.

Dentre as atividades do Programa, destacam-se: (1) treinamento e capacitação de recursos humanos, (2) elaboração e divulgação de material educativo e informativo, (3) desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem a analisar a situação do País em relação às infecções hospitalares e seu controle e (4) implantação de um sistema de informação de controle das infecções hospitalares.

Resultados Alcançados pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar Brasil, 2000	
Período	Discriminação
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação e implementação de 11 Comissões Estaduais de Controle de Infecções Hospitalares - CECIH, tendo atingido, no final de 2000, um total de 23 comissões estaduais estruturadas; • Publicação do roteiro de inspeção em controle de infecção hospitalar; • Realização de 28 eventos técnicos com a participação de profissionais de saúde de todo o País.

Fonte: ANVISA/MS.

Em 2001, a ANVISA alcançou outros resultados significativos como o desenvolvimento de parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, um estudo com os objetivos de atualizar o conhecimento do sistema de controle de infecção hospitalar nos diferentes níveis de execução (estados, municípios e estabelecimentos de saúde com internação) e avaliar as taxas de infecção hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do País.

A construção de um sistema de informação que subsidie as definições das políticas de controle das infecções hospitalares está em fase avançada de desenvolvimento, enquanto o roteiro de inspeção em controle de infecções hospitalares constante da resolução ANVISA n.º 48/00 já se encontra publicado, servindo aos estados como modelo de inspeção.

6.26 Qualidade do Sangue

O Ministério da Saúde elegeu como meta prioritária do assunto: *Sangue - com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003*. O objetivo maior do programa Qualidade do Sangue é impulsionar a hemoterapia brasileira, garantindo a todos transfusão de sangue segura e de padrão internacional, o que já foi atingido pelos melhores serviços do País.

A estruturação do programa teve como base a implantação, em todo o território nacional, de um sistema de avaliação e alerta organizado com a missão de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes.

Resultados Alcançados pelo Programa Qualidade do Sangue Brasil, 2000	
Período	Discriminação
2000	<ul style="list-style-type: none">• Capacitação de 6.752 profissionais pelo Sistema TELELAB de ensino a distância;• Capacitação de 194 profissionais dos Serviços de Hemoterapia como multiplicadores para formação de RH;• Realização de campanha nacional de doação voluntária de sangue e projetos educacionais para a captação de doadores;• Implantação, ampliação, modernização e adequação de 145 Serviços de Hemoterapia;• Garantia da qualidade da testagem sorológica e imuno-hematológica de todo sangue coletado, com realização de exames para HIV, HPV, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e sífilis;• Sensibilização e treinamento de 572 servidores de Serviços de Hemoterapia Pública na metodologia de auto-avaliação da gestão e participação de quatro hemocentros no Prêmio da Qualidade do Governo Federal;• Inspeção de 1.094 unidades hemoterápicas, sendo 254 nas capitais dos estados, 93 em cidades com mais de 200.000 habitantes e 747 em municípios com menos de 200.000 habitantes.

Fonte: ANVISA/MS.

Em 2001, foram implementadas ações com as seguintes finalidades:

- processamento de 100% do excedente de plasma de qualidade estocado e a ser coletado no País;
- implantação do Sistema de Vigilância Sanitária em Sangue.

6.27 Pesquisa e Desenvolvimento: Respaldando as Ações de Saúde Pública

A Política de Pesquisa e Desenvolvimento, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, por meio da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, estabelece um balanceamento entre a liberdade científica e a necessidade de dar respostas às questões de Saúde Pública, utilizando-se para isso de um avançado sistema de planejamento organizado por objetivos e metas, garantindo os graus de liberdades requeridos a uma atividade criativa e à exploração do novo.

As orientações das atividades de pesquisas desenvolvidas têm procurado se pautar pela Política Nacional de Saúde e pelas agendas governamentais de saúde e ciência e tecnologia, segundo as competências específicas do órgão gestor nas áreas Biomédica, Clínica, Saúde Pública e História da Saúde.

O atual foco do desenvolvimento tecnológico tem recaído nas áreas dos fitoterápicos, fármacos sintéticos e novas formulações que permitem aumentar a eficácia das ações de Saúde Pública. Além disso, o aperfeiçoamento dos atuais processos de produção das vacinas atualmente produzidas e o desenvolvimento de novas vacinas têm sido relevantes no programa de trabalho de P&D.

Importantes resultados obtidos demonstram o sucesso dessa estratégia: as publicações elaboradas indexadas na base de dados do *Institute for Scientific Information - ISI*, a principal base de dados de publicações científicas no mundo, cresceram de menos de 200 em 1994, para 339 trabalhos indexados em 2000; o número de patentes depositadas no período, no Brasil, foi de 36; e no exterior de 38. Já o número de patentes concedidas no Brasil, no mesmo período, foi 12 e no exterior de 21.

A utilização desses resultados em benefícios da sociedade tem sido relevante, especialmente no caso de medicamentos para aids, com a intensificação da produção de baixo custo e da pressão exercida para a queda dos preços desses medicamentos no mercado. Da mesma forma no caso dos medicamentos genéricos, com a produção e a transferência de tecnologia de produtores públicos e privados.

A área de pesquisa e desenvolvimento tecnológico desenvolve projetos que atendem, prioritariamente, às demandas do MS. Abrangem campos como Síntese Química, Produtos Naturais, Extração e Validação de Fitoterápicos, Farmacologia e Toxicologia Aplicadas, Farmacotécnica e Planta Piloto, respaldando a produção dos medicamentos essenciais para o combate às endemias, o tratamento de doenças crônico-degenerativas como diabetes e cardiopatias, controle da tuberculose, dermatologia, saúde mental e aids.

6.28 Saúde Suplementar: Regulação do Setor Saúde

Em 28 de janeiro de 2000, o MS finca mais um marco rumo à reorganização do setor Saúde, quando implanta a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, criada pela Lei n.º 9.961 como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam aos consumidores, em todo o território nacional, os serviços contratados e sua adequação ao estabelecido na regulamentação.

Resultados importantes já podem ser observados, valendo destacar: a revisão dos procedimentos para Registro Provisório das Operadoras e de Produtos; a Implantação da Nota Técnica Atuarial para registro de produtos; a Regulação da Cobertura Assistencial e das Condições de Acesso, com a definição, para os contratos novos, do Plano Referência; a Revisão do Rol de Procedimentos Odontológicos e do Rol de Procedimentos Médicos; e a definição dos Procedimentos de Alta Complexidade para fins de Cobertura Parcial Temporária.

No campo da Regulação de Preços, os objetivos mais imediatos foram atingidos e embora as normas para os reajustes de 2000/2001 e de 2001/2002 tenham sido fixadas, uma política definitiva para o setor ainda se encontra em construção, estando em andamento a Câmara Técnica de Regulação de Preços, que visa a subsidiar a elaboração de uma política efetiva de controle, buscando a estabilidade do mercado.

Importantes, também, são os resultados obtidos na Regulação da Condição de Ingresso, Operação e Saída do Setor, para as operadoras, com a implantação do Plano de Contas Padrão, a definição do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e de dois instrumentos de monitoramento e intervenção: a sistemática para a exigência de Plano de Recuperação; e os Regimes Especiais de Direção Técnica, Direção Fiscal e de Liquidação Extrajudicial. Além disso, foi regulamentada a Transferência Voluntária de Carteiras, definida a Segmentação das Operadoras, regulamentadas as condições de operação das Seguradoras Especializadas em Saúde e estabelecido o Sistema de Garantias Financeiras, em fase de institucionalização, após amplos debates e Consulta Pública.

O resultado das ações de fiscalização direta indica uma maior adesão à regulamentação, com a média de autuações por operadora reduzindo-se de 5,3 para 1,9 entre 2000 e 2001.

A partir de 2001, a população também passou a contar com o DISQUE ANS, central telefônica gratuita de informações, com abrangência nacional. Busca-se, ainda, possibilitar ao usuário o acesso direto à ANS nas 55 cidades-sede de aglomerados urbanos e nos municípios com mais de 150 mil habitantes.

Os pontos determinantes da atuação da ANS na execução do Programa de Saúde Suplementar, nos anos de 2000 e 2001, têm sido os de fixar regras estáveis para o mercado e priorizar a defesa dos direitos dos consumidores, sempre com a inserção participativa das diversas organizações da sociedade, buscando a construção de um Sistema de Saúde Suplementar justo, onde prevaleça um mercado profissional constituído de empresas sólidas e aptas a garantir as condições contratadas pelos consumidores de planos privados de assistência à saúde.

6.29 Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS

Estruturado em 1995, o REFORSUS, com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e do Banco Mundial - BIRD, constituiu-se num importante projeto no âmbito da Saúde, tendo seu escopo norteador por dois componentes, quais sejam: Componente I - Recuperar a rede física de saúde do País, concluindo, ampliando, reformando e adaptando os estabelecimentos de saúde com a incorporação de equipamentos; Componente II - Aprimorar a gestão do setor, com vistas a melhorar a gestão dos sistemas de saúde e o gerenciamento de suas unidades, fomentando ações de pesquisa.

Da sua atuação em diversos projetos do MS, merece destaque especial o suporte dado às ações do Programa Saúde da Família, prioridade do governo Federal, em pólos de capacitação de recursos humanos específicos para o desenvolvimento do programa, cursos de especialização e residência, aquisição de mobiliários e equipamentos para as unidades que dispõem de Equipes de Saúde da Família. Em todo esse tempo de dedicação ao PSF, foram cobertos 2.833 municípios, onde residem 65,8 milhões de pessoas.

De 1995 a 2001, foram obtidos resultados significativos: aumento, em todo o País, de 10.051 leitos hospitalares, sendo 1.171 leitos de UTI, dos quais 390 para atendimento neonatal; 2.326 consultórios; 1.957 ambulatorios; além de 1.748 novos equipamentos de alta complexidade.

Com referência ao Componente II, são mais de 30 projetos de apoio à melhoria da gestão, desenvolvidos no período. Dentre eles, destaca-se o Cartão SUS, a

modernização gerencial de 28 hospitais de referência em todos os estados brasileiros e a capacitação gerencial de profissionais de saúde, membros do Ministério Público, Judiciário e conselheiros de saúde. Também é digna de nota a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde - RENIS.

6.30 Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS

O Cartão Nacional de Saúde - CNS é um projeto com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. Trata-se de um sistema que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ao usuário, ao profissional responsável e também à respectiva unidade de saúde. O delineamento dessa nova proposição já tem o seu projeto piloto implantado: o CNS, enunciado na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96) como parte integrante do processo de reordenamento do SUS. Nos termos da própria NOB: “identificando o indivíduo para garantir a cidadania, coordenando informações para humanizar o atendimento, padronizando os procedimentos para democratizar o acesso e cumprindo a lei para racionalizar o uso do recurso público”. Além disso, a introdução desse instrumento contribuirá para o processo de recuperação de custo, seja pela criação de barreiras ao duplo faturamento (cobranças duplicadas aos seguros e ao SUS), seja pelo ressarcimento ao SUS por procedimentos realizados para a clientela beneficiária de seguros ou planos de saúde.

O processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde, em curso, passa pelo desenho de um projeto piloto que abrange 44 municípios brasileiros, e que inclui o desenvolvimento de *software* e a construção de uma rede de abrangência nacional e cobertura de cerca de 13 milhões de usuários do SUS.

O Sistema já começou a ser implantado e encontra-se em operação em três municípios: Aracaju (SE), São José dos Campos (SP) e Cerro Azul (PR). Os servidores federais de Brasília e do Rio de Janeiro já estão instalados, assim como os servidores estaduais de Sergipe, Ceará, Paraíba, Alagoas, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, Maranhão, Piauí, São Paulo e Paraná. Seus principais resultados alcançados, até o presente momento:

- cadastramento de 1.934 unidades de saúde nos 44 municípios do projeto piloto, com cobertura de cerca de 13 milhões de usuários;

- operação do Sistema em três municípios: Aracaju (SE), São José dos Campos (SP) e Cerro Azul (PR), beneficiando 6,6 milhões de usuários, 51% do total previsto no primeiro ciclo;
- mapa de implantação elaborado;
- levantamento dos sistemas de informação e da infra-estrutura de informática existente em cada uma das unidades de saúde beneficiadas pelo projeto;
- manuais de Cadastramento de Usuários e Profissionais de Saúde elaborados e publicados;
- programas de cadastramento de usuários e profissionais de saúde utilizados no projeto piloto desenvolvidos e distribuídos aos municípios;
- geração do número único de identificação no SUS para 4.862.594 pessoas (39% do total do primeiro ciclo);
- 368.000 cartões de usuários dos municípios de Florianópolis, São José dos Campos, Cerro Azul, Cabo de Santo Agostinho e Aracaju emitidos e sendo distribuídos à população;
- 22.000 profissionais de saúde cadastrados e 1.077 cartões emitidos e distribuídos aos profissionais dos municípios do estágio pré-piloto do projeto;
- modelos de engenharia e de produção dos Terminais de Atendimento do SUS desenvolvidos, apresentados e aprovados para os três lotes de fornecimento;
- *softwares* dos Terminais de Atendimento e dos níveis municipal, estadual, concentrador e federal desenvolvidos e testados;
- projetos das redes de comunicação de dados elaborados e aprovados para os três lotes de fornecimento;
- rede informatizada do Cartão Nacional de Saúde ativada, interligando o *site* federal de Brasília com os estados de São Paulo, Paraná, Sergipe, Bahia, Pernambuco e Piauí; com os concentradores regionais de São Paulo (SP), Curitiba (PR) e Aracaju (SE); e com os municípios de Cerro Azul (PR), São José dos Campos (SP) e Aracaju (SE).

O 2.º ciclo do projeto do CNS está concebido para ser desenvolvido em três etapas:

- cadastramento de usuários do SUS em âmbito nacional e recadastramento de unidades e profissionais de saúde;
- desenvolvimento de novas funcionalidades para o sistema cartão;
- inclusão de novos estados e municípios no Sistema.

A expectativa é de que nessa fase, cerca de 120 milhões de habitantes tenham sido cadastrados, com a geração do número de seus respectivos cartões, incluindo a população já cadastrada na atual fase do projeto.

6.31 Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE

O PROFAE - Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem, iniciativa singular do MS, tem como objetivo precípua promover a qualificação e profissionalização dos trabalhadores da área, beneficiando 225 mil atendentes que, a despeito de não possuírem a qualificação específica para atuar profissionalmente, vêm desenvolvendo ações de enfermagem junto aos serviços de saúde.

Outra frente importante do PROFAE é o desenvolvimento de um conjunto de ações voltadas para a sustentabilidade da educação profissional em saúde, com os objetivos de modernizar 26 Escolas Técnicas do SUS, capacitar 12 mil profissionais de saúde/enfermeiros para a docência de educação profissional, implantar um Sistema de Certificação de Competências para os trabalhadores da saúde e criar um Sistema de Acompanhamento do Mercado de Trabalho em saúde.

A estratégia central, para iniciar a implantação do Projeto em todo o País, foi o desenvolvimento de um cadastramento nacional onde se pôde verificar a situação real da demanda por estado, suas necessidades educacionais e de qualificação profissional e sua localização para facilitar o acesso dos trabalhadores às turmas e aos cursos. Esse primeiro cadastramento, realizado em 2000, identificou 130 mil trabalhadores de enfermagem como clientela inicial do Projeto.

Em setembro de 2000, foi assinado o Acordo de Empréstimo 1215/OC-BR entre o Governo Brasileiro e o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, responsável pelo financiamento de 50% dos recursos do Projeto, ou seja, 185 milhões de dólares, sinalizando o início das atividades do Projeto.

Até 2001, foram formadas 2.901 turmas perfazendo 81,3 mil alunos matriculados, que representaram uma cobertura de 36,17% da clientela-alvo identificada inicialmente. Ainda em 2001, atendemos a um conjunto de mais 40 mil

trabalhadores, representado uma cobertura de 45% dessa clientela, com apenas um ano efetivo de execução do PROFAE.

São 197 instituições contradas ou conveniadas para ofertar cursos e supervisionar a qualidade da educação profissional desenvolvida com os trabalhadores atendidos no âmbito do PROFAE, conformando uma rede criada em tempo recorde para atender às necessidades educacionais da saúde.

Além desses resultados, o PROFAE, em 2001, modernizou 25 das 26 Escolas Técnicas de Saúde do SUS, pertencentes às Secretarias de Estado da Saúde de 16 Estados. São investimentos em capacitação gerencial, formação de docentes para a área, modernização e fomento à criação de redes informatizadas em bibliotecas e áreas prioritárias para a manutenção de processos de ensino-aprendizagem de interesse para o SUS.

7 EMENDA CONSTITUCIONAL DA SAÚDE

Apoio Institucional e Legislativo

A Emenda Constitucional n.º 29/2000, ou EC 29/00, publicada em 13 de setembro de 2000, vincula recursos da União, estados, Distrito Federal e municípios para serem gastos, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Trata-se de importante inovação, cujo objetivo primordial é garantir a estabilidade do financiamento da saúde, e ao mesmo tempo consagrar o financiamento tripartite dessa política social.

Deve-se ressaltar que a saúde, direito social que é, esculpido no artigo 6.º da Constituição, encontra-se no rol de direitos humanos doutrinariamente denominados de direitos progressivos; ou seja, depende de ações positivas do Estado e da sociedade para a sua plena realização. Em outras palavras, a efetiva implementação da EC 29/00 está condicionada à regulamentação do texto constitucional. Dentre os aspectos a serem regulamentados estão o conceito propriamente dito de “ações e serviços públicos de saúde”, os percentuais de aplicação das receitas próprias das três esferas de governo e os mecanismos de acompanhamento e avaliação do cumprimento da EC 29/00.

E é nesse cenário propositivo que o Ministério da Saúde está comprometido no desenvolvimento de ações para assegurar a consolidação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, as estratégias de soluções adotadas contemplam medidas gerenciais e políticas com vistas ao financiamento das ações, adequando-as aos recursos orçamentários disponíveis.

Sem dúvida, a EC 29/00, assegurará os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo. Essa iniciativa vem incrementar a disponibilização de recursos financeiros nos estados e municípios, propiciando uma melhoria no perfil epidemiológico da população.

Os reflexos nos recursos alocados podem ser observados a seguir, nos incrementos percentuais sobre os recursos a serem empenhados até 2004:

Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29/2000					
Esfera	Percentual de Aplicação				
	2000	2001	2002	2003	2004
Federal	5% a mais do empenhado no exercício anterior	Valor apurado do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB			
Estadual/Distrital ¹	7%	Período em que o investimento em saúde deve aumentar gradativamente até atingir os percentuais previstos para o ano de 2004.		12%	
Municipal/Distrital ²	7%			15%	

Fonte: Emenda Constitucional n.º 29/2000.

Observações:

¹ Percentual do valor arrecadado com o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, o Imposto sobre Herança (transmissão *causa mortis*) e o valor líquido das transferências constitucionais (cota parte do ICMS).

² Percentuais do valor arrecadado com o Imposto Predial e territorial Urbano - IPTU, o Imposto sobre Serviços - ISS, o Imposto sobre Transmissão Intervivos e as transferências derivadas de impostos (IR, IPI, ICMS).

8 FONTES DE CONSULTA

- Relatórios Gerenciais das "Unidades Administrativas"
- Informe Saúde - Publicação da Divisão de Jornalismo e da Assessoria de Comunicação Social do MS
- Projeto Mais Saúde - Orçamento Saudável - 2001
- Demonstrativo da Execução Orçamentária MS - SPO/MS
- Cartilha Temática - Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial - 2001
- Cartilha Temática - SUS Descentralização - 2000
- www.saude.gov.br - Estrutura Regimental das "Unidades Administrativas"
- Relatório do Balanço Geral da União - 2001
- Termo de Referência do MS para a Mensagem Presidencial 2001

CARTILHAS TEMÁTICAS DA SAÚDE



CARTILHAS DISPONÍVEIS NA INTERNET
www.saude.gov.br/biblioteca/principal





EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração e impressão)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília – DF, novembro de 2002
OS 1030/2002