SUS Painel
de indicadores do SUS
Ministério da Saúde | Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa | Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Ano I - nº 1 - Agosto de 2006

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

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar, Sala 403
70058-900 Brasília-DF

Ou para o endereço eletrônico: segep.dema@saude.gov.br

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
SEN, Lote 19
70800-400 Brasília-DF
Caixa Postal: 08729
70312-970

APRESENTAÇÕES

O *Painel de Indicadores do SUS*, fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – e o Ministério da Saúde, tem por objetivo democratizar a informação em saúde, tendo como público, especialmente, os Conselheiros de Saúde – usuários, trabalhadores e gestores – de todo o País. O trabalho editado alia rigor técnico e acessibilidade no conteúdo e na linguagem, integrando informações e conferindo às iniqüidades o papel de linha condutora do conjunto desta publicação.

Uma visão panorâmica e exploratória da situação da Saúde Pública no Brasil, este Painel, de modo articulado aos esforços da Organização Mundial de Saúde para o enfrentamento das determinações sociais da saúde, apresenta aos leitores um breve perfil dos impactos da transição demográfica, das mudanças no modo de vida e das políticas públicas nos indicadores sociais. Dessa forma, ele também contribui para a formação de consciência crítica e serve de estímulo aos processos de intervenção social.

A OPAS é um organismo internacional com mais de um século de experiência, dedicado a melhorar a saúde dos povos das Américas. Sua missão é orientar os esforços de colaboração entre países e parceiros, no sentido de promover a eqüidade na Saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida no continente.

A Organização também contribui para promover estilos de vida saudáveis, prevenindo os problemas de saúde típicos do desenvolvimento e da urbanização, como as enfermidades cardiovasculares, cânceres, diabetes, acidentes de trânsito, tabaco, drogas e alcoolismo. A OPAS utiliza-se de tecnologias modernas de informação, educação e comunicação para a promoção de saúde. E de parcerias como esta, de fortalecimento e colaboração no cumprimento de sua missão social.

Boa leitura.

Horácio Toro Ocampo
Representante da OPAS/OMS no Brasil

É com satisfação que apresento o primeiro número da revista *Painel de Indicadores do SUS*, editada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SEGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, que espero se constitua em instrumento de democratização da informação, estímulo à participação social e apoio à formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do Sistema Único de Saúde, SUS.

O Decreto Presidencial nº 5.841, de 13 de julho de 2006, que aprova a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde, traz novo desenho e novas atribuições à Secretaria de Gestão Participativa, que, além de mudar de nome – agora, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa –, passa a ter, em sua estrutura, quatro Departamentos: Apoio à Gestão Participativa; Ouvidoria-Geral do SUS; Auditoria (Denasus); e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.

É importante ressaltar que compete à SEGEP/MS, com esta nova estrutura, formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS, fortalecer a participação popular e os mecanismos de controle social em todas as suas esferas, bem como articular as ações do Ministério da Saúde relacionadas aos condicionantes e determinantes da saúde, à promoção da ética, da eqüidade e da mobilização social.

Ao recém-criado Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, que inaugura seu trabalho com a edição deste Painel, compete coordenar a política de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, a ser formulada e desenvolvida com a participação das demais áreas do Ministério, visando articular e integrar as inúmeras experiências em curso, estimular essas ações nos Estados e Municípios e – o que é fundamental neste momento – apoiar o Pacto pela Saúde em todas as suas dimensões.

O SUS, mais uma vez, está de parabéns. Vida longa ao Painel!

Agenor Álvares
Ministro da Saúde

SUMÁRIO

Editorial 5
O SUS: Conquista Social 7
Pacto pela Saúde 8
Um retrato da Saúde 10
Mortalidade infantil 12
SAMU 192 14
Assistência farmacêutica 15
Saúde da família 16
Saúde bucal 17
Saúde da mulher 18
- Pré-natal 18
- Gravidez na adolescência 19
- Mortalidade materna 20
- Neoplasias em mulheres 22
  - Câncer de colo de útero 22
  - Câncer de mama 23

Algumas doenças transmissíveis 24
- Tuberculose 24
- Malária 25
- Dengue 26
- Hanseníase 27
- Vacinação 28
- Aids 28

Controle social e gestão participativa 30
Financiamento da Saúde 32
Atenção hospitalar 34
Determinantes sociais da saúde 36
- Uma sociedade em mudança 36
- Um novo perfil epidemiológico 37
- Mudanças demográficas 38
- Mudanças no modo de vida 40
- Mudanças nas condições de vida 43

Metas do milênio 48
Para saber mais 50
Referências de publicações 52
Siglas 54
Equipe técnica e agradecimentos 55
Fale conosco 56

EDITORIAL

O Painel de Indicadores do SUS é um instrumento de informação para o empoderamento, especialmente destinado aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil, visando sistematizar e disseminar informações sobre questões relevantes ao sistema.

Este Painel tem por objetivos:

- apoiar o planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde nas três esferas do SUS;
- disseminar informação, visando promover a participação e o controle social no SUS; e
- facilitar a tomada de decisões, na perspectiva de uma gestão democrática e participativa, fundada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Esta primeira edição é constituída por temas que compõem o Pacto pela Saúde e alguns projetos prioritários pactuados junto às Comissões Intergestores e aos Conselhos de Saúde. Os indicadores selecionados têm por base dados secundários colhidos nos diversos sistemas de informações do SUS, junto a Secretarias de Estado e Municipais, Departamentos e Coordenações-Gerais do Ministério da Saúde, e outras instituições, como a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

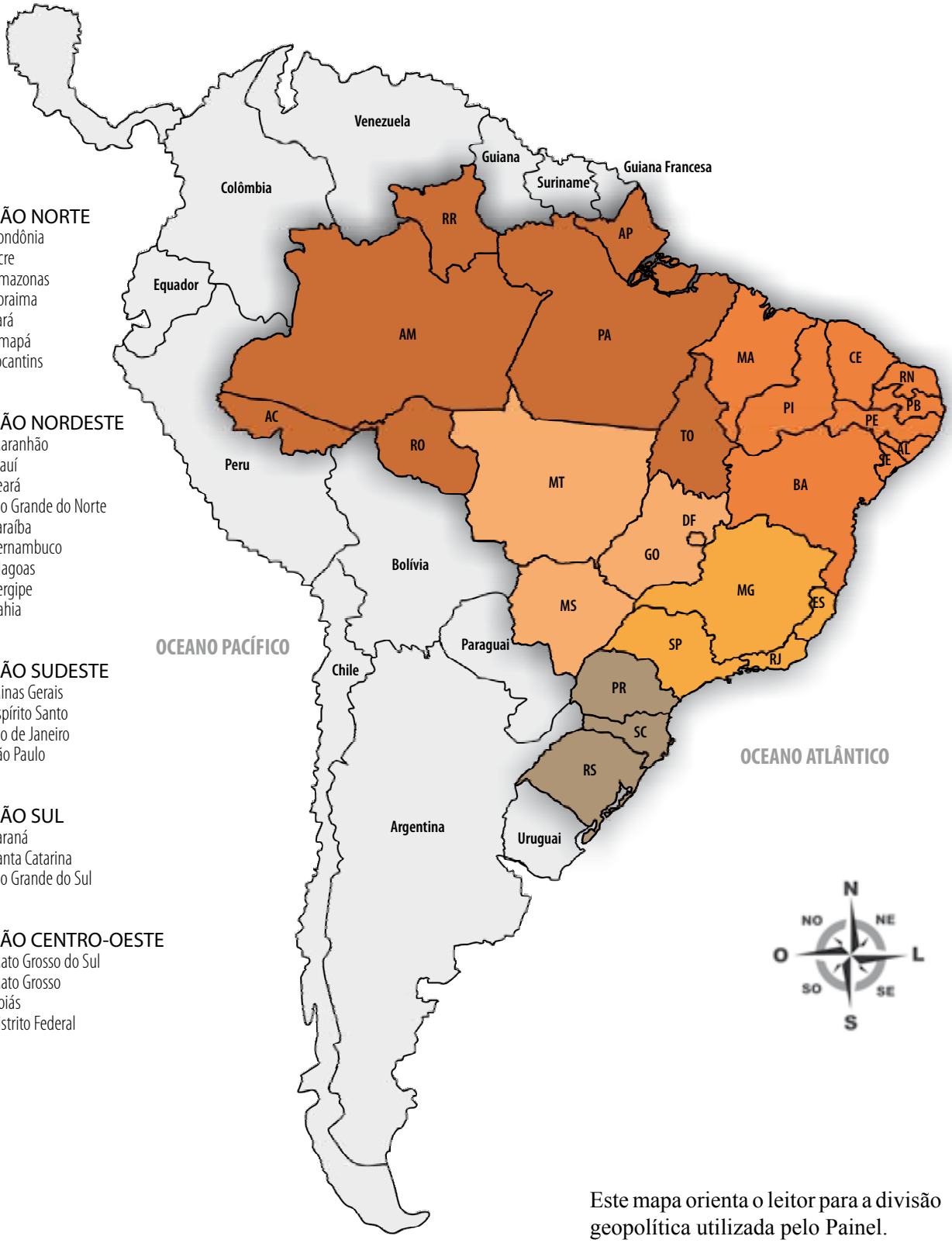
Os indicadores expressam, dentro dos limites da publicação e dos dados disponíveis, não apenas dimensões clássicas de estrutura, processo e resultado mas também sua articulação com as questões sociais, econômicas e ambientais, buscando incorporar, ainda, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social, em uma abordagem de orientação epidemiológica.

Buscou-se uma aproximação panorâmica e exploratória com os temas selecionados. Exploratória, também, dos limites e possibilidades dos sistemas de informação existentes, que refletem sua utilização – ou não – pelos gestores, trabalhadores e usuários.

As ações de monitoramento e avaliação, sob coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, não substituem as iniciativas em curso no SUS mas visam incentivá-las, como parte constitutiva das ações e dos serviços e de seu impacto na saúde. O acompanhamento permanente pelos gestores, trabalhadores e usuários do SUS, e pela sociedade civil, é parte indissociável de uma cultura de gestão participativa, podendo ser imediatamente útil aos processos de debate e de tomada de decisão.

Participe!

Antônio Alves de Souza
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa



REGIÃO NORTE
- **RO** Rondônia
- **AC** Acre
- **AM** Amazonas
- **RR** Roraima
- **PA** Pará
- **AP** Amapá
- **TO** Tocantins

REGIÃO NORDESTE
- **MA** Maranhão
- **PI** Piauí
- **CE** Ceará
- **RN** Rio Grande do Norte
- **PB** Paraíba
- **PE** Pernambuco
- **AL** Alagoas
- **SE** Sergipe
- **BA** Bahia

REGIÃO SUDESTE
- **MG** Minas Gerais
- **ES** Espírito Santo
- **RJ** Rio de Janeiro
- **SP** São Paulo

REGIÃO SUL
- **PR** Paraná
- **SC** Santa Catarina
- **RS** Rio Grande do Sul

REGIÃO CENTRO-OESTE
- **MS** Mato Grosso do Sul
- **MT** Mato Grosso
- **GO** Goiás
- **DF** Distrito Federal

Este mapa orienta o leitor para a divisão geopolítica utilizada pelo Painel.

O SUS: Conquista Social

O SUS, em que pesem todas as dificuldades, é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de um longo processo de acúmulo e lutas sociais que, desde os anos 1970, envolve movimentos populares, trabalhadores da Saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais.

Já em 1986, fortalecidos por inúmeras vitórias e conquistas, esses novos sujeitos encontram-se em Brasília, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, primeira Conferência aberta à sociedade civil. Nela, não sem contradições e conflitos, é aprovado um avançado Relatório Final que serviria de base ao texto e à mobilização que garantiria, na Constituinte de 1988, o Capítulo da Saúde.

O SUS, agora institucionalizado na Constituição da República, nas Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990, nas Constituições Estaduais e nos novos Códigos de Saúde, traz consigo uma mudança radical: a Saúde como Direito, a ser garantido pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Eqüidade, Descentralização e Participação Social.

2006: o SUS está presente no dia-a-dia de todos os brasileiros, das ações de saúde voltadas às populações ribeirinhas da Amazônia ao maior sistema público de transplantes do mundo, nas inúmeras experiências exitosas, espalhadas por todo o País, muitas delas consideradas de referência internacional. Um SUS que, apesar dos limites orçamentários, vai muito além da atenção à saúde, na promoção da pesquisa e da produção de novas tecnologias e conhecimentos, na intervenção crítica na formação profissional, na participação na produção de insumos, medicamentos e imunobiológicos, no desenvolvimento de tecnologias de ponta.

Um SUS que busca garantir a todos os brasileiros aquilo que os Planos de Saúde não fazem, das emergências à alta complexidade, das vacinas à diálise, dos tratamentos de câncer aos transplantes, mostrando que esses planos, seguros e convênios são, eles sim, SUS-dependentes.

Há, ainda, um SUS quase invisível, que participa do cotidiano de todos, não apenas prevenindo doenças e epidemias mas garantindo a qualidade da água que bebemos, dos alimentos e medicamentos que consumimos, das lentes que são colocadas em nossos óculos, das condições em que trabalhamos, de inúmeros aspectos da qualidade de vida.

O SUS constitui, hoje, a mais importante e avançada política social em curso no País. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve como exemplo para as demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade fundada nos princípios da justiça social.

PACTO PELA SAÚDE

Na perspectiva de superar as dificuldades de consolidação do SUS e qualificar os avanços organizativos obtidos com o processo de descentralização, reafirmando os princípios do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, como Universalidade, Eqüidade, Integralidade e Participação Social, os gestores das três esferas do sistema assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, expresso nas Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006.

O Pacto apresenta três dimensões: **Pacto pela Vida**, **Pacto em Defesa do SUS** e **Pacto de Gestão**.

PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida contém seis prioridades pactuadas:

A. Saúde do idoso
B. Controle do câncer do colo do útero e da mama
C. Redução da mortalidade infantil e materna
D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
E. Promoção da saúde
F. Fortalecimento da atenção básica

Para cada prioridade, foram estabelecidos objetivos e metas nacionais; como existem situações muito diferentes em nosso País, há espaço para a definição de metas locais.

É importante lembrar, ainda, que cada Estado ou Município, baseado na realidade local, poderá definir prioridades adicionais.

PACTO EM DEFESA DO SUS

Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
2. Elaboração e publicação da **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**
3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, especialmente os que lutam pelos direitos da saúde e pela cidadania.
4. Estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS
5. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pela melhoria do financiamento da Saúde.
6. Aprovação de um orçamento geral do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal.

PACTO DE GESTÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão compõem o seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), elaborado de forma pactuada e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

As atribuições e responsabilidades são definidas mediante o preenchimento de quadros correspondentes a cada um dos seguintes eixos:

1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS
2. Regionalização
3. Planejamento e programação
4. Regulação, controle, avaliação e auditoria.
5. Gestão do trabalho
6. Educação na Saúde
7. Participação e controle social

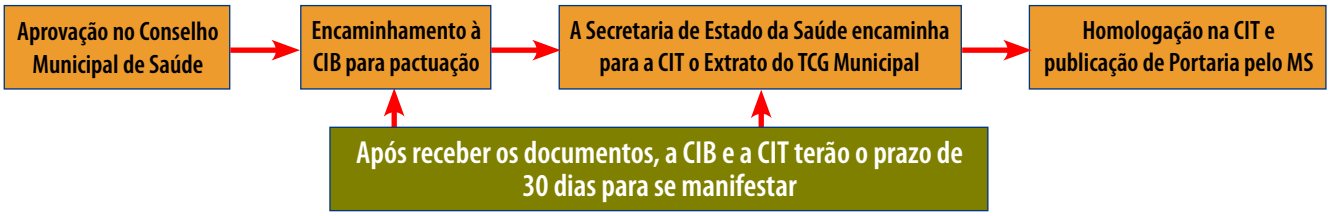
CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde fundamenta-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006, encontra-se, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

Procure a Secretaria de Saúde de seu Município

Fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal



Para cada responsabilidade, será registrada a situação em que o Município ou Estado se encontra: "Realiza" ou "Não realiza ainda". No caso em que a ação ainda não é realizada, deve ser definido o "Prazo para realizar", bem como o que será necessário para fazê-lo. Nos Municípios, existem algumas situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permite sua realização, devendo ser marcada a alternativa "Não se aplica".

Uma novidade importante é a que se refere ao repasse dos recursos financeiros da esfera federal para Estados e Municípios, em cinco grandes blocos:

1. Atenção básica
2. Atenção da média e alta complexidade
3. Vigilância em saúde
4. Assistência farmacêutica
5. Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao custeio de ações relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do sistema. Este bloco inclui recursos para Participação e Controle Social, importante para o bom funcionamento dos Conselhos de Saúde e para a realização das Conferências.

O Monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo TCG e os cronogramas pactuados. O objetivo desse monitoramento é desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão e sua operacionalização deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão estão divididos em três grupos:

1. Indicadores que devem ser pactuados no momento de preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.
2. Indicadores pactuados no Pacto da Atenção Básica
3. Indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS)

A idéia é que, a partir de 2007, ocorra a unificação dos indicadores dos diferentes Pactos.

A importância do Controle Social no Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão correspondente a sua esfera, os Conselhos de Saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo Plano de Saúde, que deve estar coerente com o TCG. Anualmente, os Conselhos de Saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos Planos de Saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

UM RETRATO DA SAÚDE

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE: PNAD/2003 – Saúde

A PNAD/2003 – Saúde, do IBGE, é a mais importante pesquisa sobre o acesso e utilização dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil, com uma amostra de 384.834 pessoas. Seu desenho permite, além de um importante retrato das motivações e intensidade do uso dos serviços, uma compreensão das desigualdades regionais e sociais no acesso.

Veja alguns resultados:

percepção da saúde

Na PNAD, as mulheres referiram mais problemas de saúde que os homens, a partir dos 14 anos. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde mostra que os homens, em todas as faixas etárias, no entanto, morrem mais que as mulheres, seja por causas violentas, seja por causas naturais.

Referiram ter alguma doença crônica 30% dos entrevistados. A percepção de doença varia com a renda, sendo maior entre os que ganham menos. Observa-se, ainda, que essa percepção é maior à medida que aumenta a idade.

planos de saúde

Cerca de ¼ da população tem plano de saúde, número que se mantém constante desde a PNAD de 1998. A cobertura dos planos é maior nas regiões urbanas, um pouco superior entre as mulheres e os maiores de 40 anos. Cresce, especialmente, entre os de maior renda, variando de 2,9% entre os mais pobres a 84% entre os mais ricos. A cobertura dos planos de saúde é maior entre os que referem ter um estado de saúde bom/muito bom (26%) e menor para aqueles que declaram um estado de saúde ruim (19%).

consultas

A média de consultas *per capita* no Brasil foi de 2,4, sendo de 3,4 na infância e de 4,0 entre os maiores de 64 anos.

Os postos e centros de saúde (atenção básica) foram os serviços mais procurados (52%), seguidos pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios hospitalares (17%), prontos-socorros (5,8%) e farmácias (1,4%).

No período 1998-2003, o número de consultas no PSF passou de 6.918.985 para 72.834.885, um crescimento de mais de dez vezes. No período, as policlínicas tiveram aumento de 48% e o número de unidades de saúde da família cresceu de 3.147 para 19.182.

direito de acesso

Ocorreu uma intensa ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, entre 1998 e 2003: 80% da população afirmam ter um serviço de saúde de referência, e a tendência é de crescimento.

Estima-se que 25,7 milhões de pessoas (14,4% da população do País) tenham buscado algum tipo de atendimento à saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa. Dessas pessoas, 98% foram atendidas – dado muito significativo, especialmente quando 86% dos atendimentos foram considerados bons ou muito bons.

A maior parte da procura foi por doença (51,9%), seguida por vacinações e atividades preventivas (28,6%), problemas odontológicos (8,5%), acidentes e lesões (5,2%). Mencionaram ter algum problema de saúde crônico 43% das pessoas; e 7,4% referiram restrições de atividades nos 15 dias anteriores – média de cinco dias, maior entre as mulheres e maior conforme a renda.

Nos últimos 12 meses, 63% dos brasileiros haviam procurado um médico. Entre eles, destacam-se os menores de cinco anos (78%) e os maiores de 64 anos (80%). A parcela de mulheres nessa demanda foi de 71%; e a de homens, de 54%. A distribuição reflete, além das questões de gênero, fortes desigualdades regionais, intra-regionais e locais, não apenas pela inadequada distribuição de equipamentos e profissionais como também pelas desigualdades de renda e demais iniqüidades sociais.

internações

Foram referidas cerca de sete internações por 100 habitantes em 2003: um total de 12 milhões e 300 mil, 20% das quais reinternações.

Foram financiadas pelo SUS 67,6% das internações e apenas 24,3% tiveram participação parcial ou integral de planos e seguros de saúde. A participação do SUS variou de 84 a 89% em Roraima, Paraíba e Ceará, a 52% em São Paulo e 58% no Rio de Janeiro.

algumas considerações

A pesquisa mostra uma importante ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, especialmente da atenção básica; e que, diferentemente do que mostra parte da imprensa e o senso comum, a grande maioria dos que procuraram atendimento médico conseguiu ser atendido, sendo alta a taxa de satisfação desses usuários.

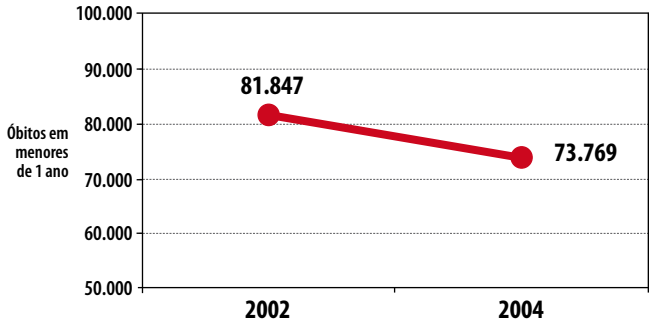
Os resultados sugerem uma melhora da situação de saúde, melhor apreendida observando-se o conjunto de indicadores deste Painel.

Os dados apontam, ainda, uma forte desigualdade regional e intra-regional na oferta de serviços, bem como toda uma série de iniqüidades de gênero e de classe social.

O enfrentamento dessas iniqüidades, junto com a ampliação da participação e do controle social, deve estar no centro do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação das políticas e ações de saúde.

MORTALIDADE INFANTIL

Mortalidade Infantil cai para 22,5 por Mil



Fonte: MS, SVS e SIM

8.078 mortes evitadas

Em números absolutos, houve uma redução de 8.078 óbitos em crianças menores de 1 ano no período de 2002 a 2004, o que corresponde a uma redução de 9,9%.

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida e do acesso e qualidade das ações e serviços de saúde. Significa o número de crianças mortas até um ano de idade para cada mil nascidas vivas.

A mortalidade infantil pode ser dividida em três componentes: até os 6 dias de vida (neonatal precoce), dos 7 aos 27 (neonatal tardia) e dos 28 dias até um ano (pós-neonatal).

A mortalidade neonatal precoce associa-se, mais fortemente, ao direito de acesso e à qualidade dos serviços de saúde, da assistência pré-natal ao parto, e caiu 7,7% entre 2002 e 2004, no Brasil. A mortalidade pós-neonatal (28 dias a um ano) foi a que mais contribuiu para a queda geral e está mais associada às condições gerais de vida e saúde.

No Nordeste, sua queda foi de 14,2%; e no Sul, de 14,4%. Em contrapartida, cresceu na Região Centro-Oeste, exceto em Goiás.

Vitória do SUS e das políticas sociais

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida, saúde e renda da população. Sua redução indica importantes vitórias sociais. Sua queda deve-se a:

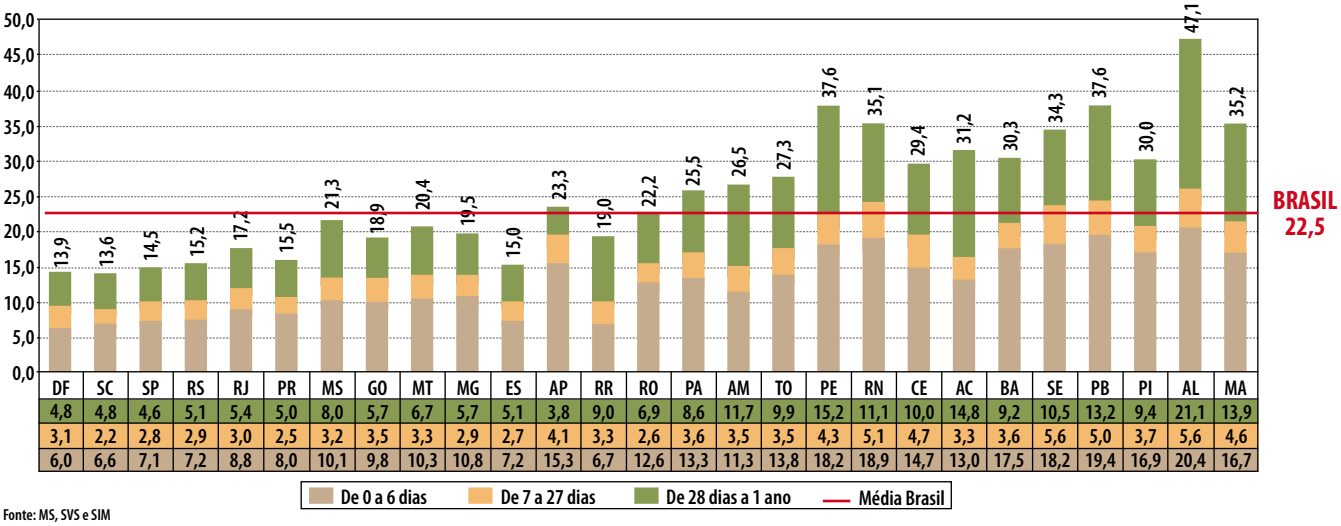
1. Melhores condições de vida e trabalho
2. Menos infecções, especialmente aquelas que se previnem com vacinas; a vacina mais recente, contra o *Haemophilus*, contribuiu para a grande redução de casos de meningite e pneumonia na população.
3. A significativa redução de diarréias como causa de morte dessas crianças, em conseqüência de melhor saneamento, ampliação dos serviços e implementação de ações de prevenção de complicações de saúde.
4. Menor taxa de fecundidade (número de filhos por mulher)
5. Mais e melhor alimentação, menos fome.

Você sabia?

- De todos os índios que morrem, 31% são crianças com menos de 5 anos. Essa taxa é 4 vezes maior que entre os negros e 10 vezes maior que entre os amarelos
- Enfrentar a mortalidade infantil no Brasil é combater a desigualdade
- A luta pela melhoria dos sistemas de informação do SUS tem por objetivo aprimorar e detalhar a informação para o planejamento das ações de saúde
- O trabalho integrado entre diferentes setores do governo, como Saúde, Educação, Saneamento, Habitação e Meio Ambiente, e sua participação garantem as bases sólidas necessárias à construção de uma saúde integral da população brasileira.
- O risco de uma criança negra morrer antes dos 5 anos é 60% maior que o de uma criança branca. Seu risco de morte por desnutrição é 90% maior.

VOCÊ PARTICIPA?

Taxa de mortalidade infantil por Estado, na ordem decrescente de IDH. Brasil, 2004



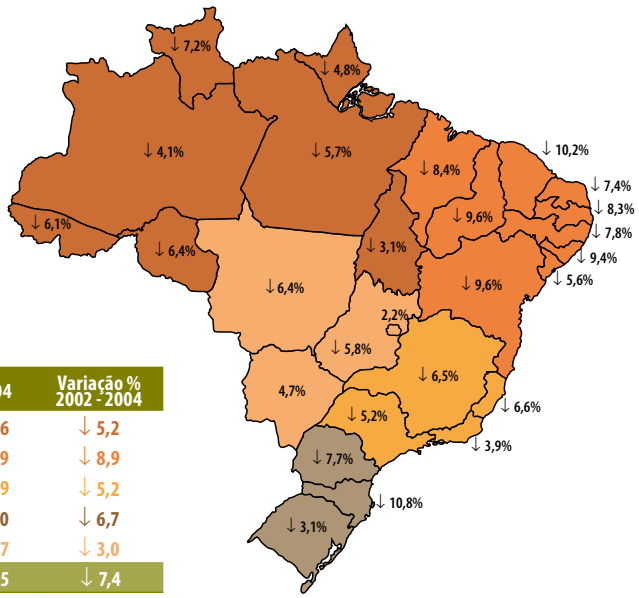
	DF	SC	SP	RS	RJ	PR	MS	GO	MT	MG	ES	AP	RR	RO	PA	AM	TO	PE	RN	CE	AC	BA	SE	PB	PI	AL	MA
De 0 a 6 dias	4,8	4,8	4,6	5,1	5,4	5,0	8,0	5,7	6,7	5,7	5,1	3,8	9,0	6,9	8,6	11,7	9,9	15,2	11,1	10,0	14,8	9,2	10,5	13,2	9,4	21,1	13,9
De 7 a 27 dias	3,1	2,2	2,8	2,9	3,0	2,5	3,2	3,5	3,3	2,9	2,7	4,1	3,3	2,6	3,6	3,5	3,5	4,3	5,1	4,7	3,3	3,6	5,6	5,0	3,7	5,6	4,6
De 28 dias a 1 ano	6,0	6,6	7,1	7,2	8,8	8,0	10,1	9,8	10,3	10,8	7,2	15,3	6,7	12,6	13,3	11,3	13,8	18,2	18,9	14,7	13,0	17,5	18,2	19,4	16,9	20,4	16,7

Fonte: MS, SVS e SIM

Você está vendo uma lista dos Estados brasileiros na ordem decrescente de seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A linha vermelha mostra a mortalidade infantil média no Brasil (2004), que caiu de 25,1 em 2002 para 22,5 em 2004. Selecione um Estado e veja, na respectiva barra, a mortalidade infantil total e o tamanho de cada componente. Compare o todo e as partes com os demais Estados e com o Brasil. Veja no mapa qual a tendência dos últimos anos. Por fim, usando as dicas deste Painel, pesquise qual a mortalidade infantil de sua cidade e de sua região, como ela se produz e se distribui socialmente.

Tendências da mortalidade infantil. Brasil, 2002-2004

A maior queda da mortalidade infantil foi no Nordeste



Região	2002	2004	Variação % 2002 - 2004
N	27,0	25,6	↓ 5,2
NE	37,2	33,9	↓ 8,9
SE	15,7	14,9	↓ 5,2
S	16,0	15,0	↓ 6,7
CO	19,3	18,7	↓ 3,0
BRASIL	24,3	22,5	↓ 7,4

Fonte: MS, SVS e SIM

Para saber mais:

Qual a mortalidade infantil em seu Município? Quem morre? Na Secretaria ou Departamento de Saúde de seu Município, você pode conhecer este e outros indicadores de saúde.

A maioria dos Municípios já tem implantados Comitês de Prevenção da Morbimortalidade Materna e Infantil. E o seu?

Em www.saude.gov.br/svs/atlas, você encontrará dados de sua cidade e ainda poderá compará-los com os de outros Municípios e de sua Região.

Consulte a publicação "Saúde Brasil 2005", que apresenta estudo sobre a mortalidade infantil e sua distribuição no País, por raça e cor: www.saude.gov.br/svs/saudebrasil

ACESSE !

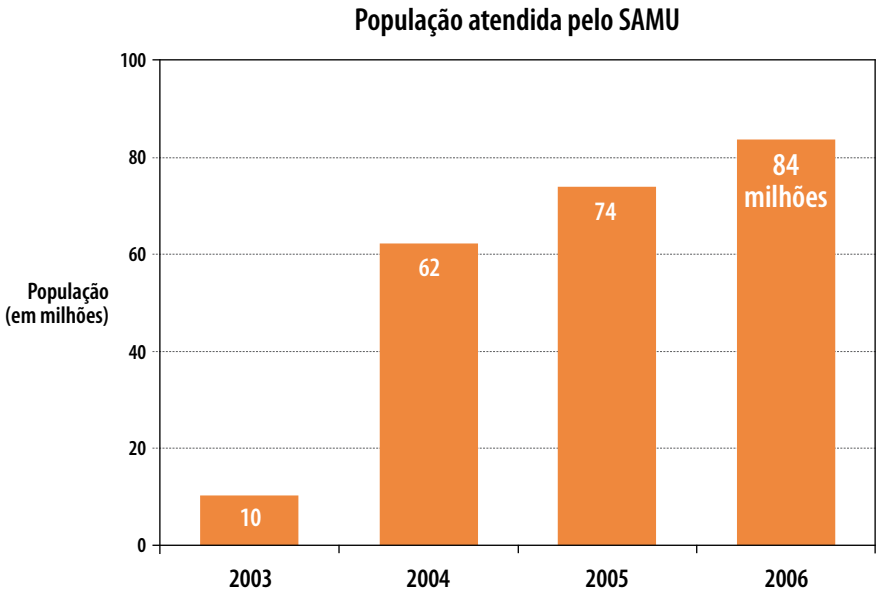
SAMU 192

Cobertura do SAMU é de 84 Milhões de Pessoas

Aproximadamente 47% da população brasileira, em 784 Municípios, já se encontra coberta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Implantado nacionalmente, a partir de setembro de 2003, com base no modelo francês, o SAMU reduz o número de mortes, o tempo de internação e as seqüelas por falta de socorro em tempo adequado.

Serviço do SUS, o SAMU atende pelo telefone 192, nas 24 horas do dia, urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica e neonatal, cirúrgicas, gestacionais e de saúde mental, acionando com equipes especialmente treinadas. Na central de regulação do Município, médicos, com base em protocolos, avaliam cada caso e esclarecem ao usuário a melhor conduta, enviam unidades de suporte básico ou avançado, acionam bombeiros e a defesa civil, ou ainda a emergência do hospital de referência.

Seu sistema de informações permite a vigilância epidemiológica e o planejamento, pelo gestor, das ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes, violências, urgências e outros agravos agudos, além de facilitar a organização de ações intersetoriais. O SAMU também é um deflagrador de mudanças nos pronto-socorros e emergências, impactando o funcionamento dos hospitais.



Fonte: MS, SAS, DAE, junho de 2006

Você sabia?

- Já foram implantadas 100 Centrais de Regulação do SAMU em todo o País
- O SAMU conta com 24.000 trabalhadores, incluindo telefonistas, rádio-operadores e motoristas especializados; e 979 unidades móveis, além de 7 ambulanchas na região amazônica, construídas com o apoio técnico da Escola Naval do Ministério da Marinha.
- Para implantar um SAMU, o Ministério da Saúde paga por sua instalação – reformas, viaturas e equipamentos – e ainda sustenta 50% de sua manutenção, por decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); a outra metade é dividida entre Estado (25%) e Municípios (25%).
- O governo federal já investiu mais de R$200 milhões no SAMU
- O sistema de comunicação das unidades móveis do SAMU permite o georeferenciamento do local exato de cada urgência – um acidente, por exemplo –, informação fundamental para definir ações de prevenção.
- Cada Município com SAMU deve ter um Conselho Gestor com participação da sociedade civil, para planejar, organizar, monitorar e avaliar sua ação.

Para saber mais:

SAMU passo a passo:

No Portal do Ministério da Saúde, você encontrará notícias atualizadas e mais informações sobre portarias e normas técnicas: www.saude.gov.br em Programas de Saúde

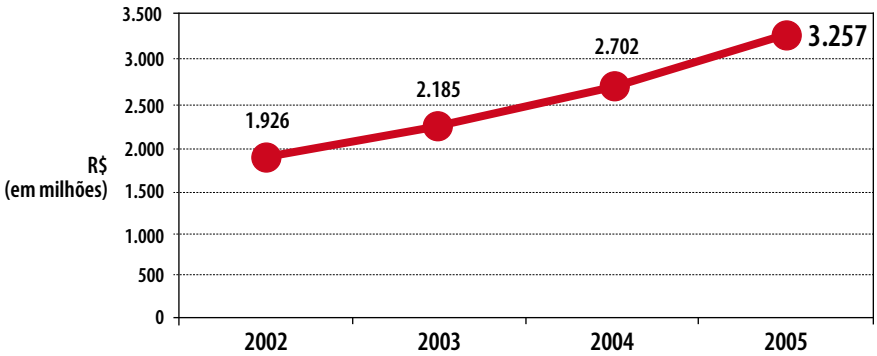
ACESSE !

Acesso a Medicamentos Amplia-se em Todo o País

O aumento de investimentos tem ampliado significativamente, na assistência farmacêutica, associado a novos programas, à modernização e ampliação da capacidade instalada dos laboratórios públicos e à garantia de distribuição gratuita de medicamentos pela rede SUS. O acesso da população – uma garantia de respeito à Integralidade e à Eqüidade, princípios básicos do Sistema Único de Saúde, também foi ampliado.

Os Municípios com IDH abaixo de 0,7 têm recebido 50% a mais no piso de assistência farmacêutica básica, que teve aumento de 65% em 2005. A população atendida com medicamentos de alto custo cresceu de 213 mil usuários em 2004 para 379 mil em 2005. E 100% das pessoas que vivem com HIV/aids têm assegurado seu direito de acesso a medicamentos anti-retrovirais.

Evolução dos principais gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde



Fonte: MS, Datasus

Medicamentos a preço de custo

Em cerca de dois anos, até maio de 2006, foram implementadas 147 farmácias populares em 112 Municípios de 22 Estados; outras 322 encontravam-se em processo de implantação, envolvendo um total de 205 municípios em 23 Estados. Estados, Municípios e entidades sem fins lucrativos que implantam unidades recebem R$50 mil iniciais para adaptação física do local; e R$10 mil mensais, para sua manutenção. As normas de implementação incluem a farmacovigilância. Desde março de 2006, para capilarizar o programa, drogarias e farmácias conveniadas passaram a vender medicamentos para diabetes e hipertensão a preços até 90% menores que os de mercado, atingindo, hoje, cerca de 1.500 pontos de venda.

Você sabia?

- A vacina tríplice viral, única do Programa Nacional de Imunizações que era importada, está sendo produzida pela Fiocruz em Bio-Manguinhos, desde 2004.
- Em 2005, a Fiocruz passou a integrar o seleto grupo internacional de detentores de tecnologia para produção de biofármacos, como o interferon recombinante e a eritropoetina.

Para saber mais:

Farmácia Popular passo a passo:

www.saúde.gov.br em Programas de Saúde

O Portal de Medicamentos do MS www.comprasnet.gov.br/PortalMed/principal/default.asp traz notícias, legislação e um banco de preços de medicamentos.

Para conhecer as novas políticas de Práticas Alternativas e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, consulte o Portal do Ministério da Saúde, e acesse o ícone Legislação (Portaria MS/GM Nº 971, de 3/5/06; Decreto Nº 5.813, de 22/6/06).

Dicas sobre medicamentos fracionados, economia e segurança estão no sítio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): www.anvisa.gov.br/fracionamento

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), criada no processo da Reforma Sanitária, prossegue na luta pelo uso racional de medicamentos e dispõe informações, bibliografia, boletins e dossiês: www.sobravime.org.br

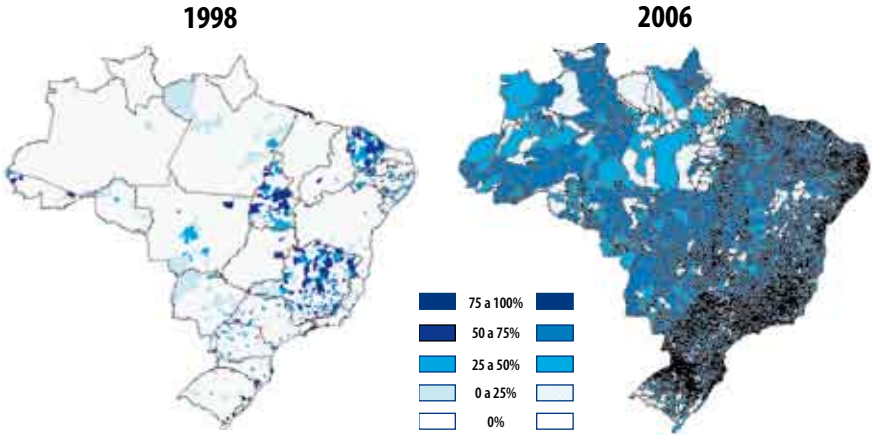
ACESSE !

SAÚDE DA FAMÍLIA

Cobertura Populacional Chega a 83,4 Milhões

A extensão de cobertura, cada vez maior, alcançada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) o transforma em estratégia fundamental para o desenvolvimento da atenção básica em todo o País. Seu impacto nos indicadores de saúde é marcante. O PSF visa, além de garantir o direito de acesso aos serviços, reorientar as práticas de saúde pelo estímulo a ações de promoção e prevenção, reconhecendo os territórios sociais onde se produzem as doenças, na busca da construção de novas práticas, em que as equipes de saúde e os gestores locais têm papel decisivo.

Compare a evolução histórica do PSF:



FONTE: MS, SAS, Siab

Expansão do PSF de 2000 a 2006: mais 17.400 equipes

Ano	Equipes (mil)	Cobertura		Recursos financeiros [a] (em R$milhões)
		População (milhões de habitantes)	População total (%)	
2000	8,6	29,7	14,9	2.213
2001	13,2	45,4	22,9	2.644
2002	16,7	62,3	31,4	3.037
2003	19,1	59,7	35,7	3.566
2004	21,3	69,1	39,0	4.326
2005	24,6	78,6	44,4	5.014
Junho de 2006	26,0	83,4	47,7	5.719 [b]

a) Somatória do Piso de Atenção Básica (PAB) variável e fixo
b) Previsão orçamentária
Fonte: MS, SAS, DAB, julho de 2006

Você sabia?

- O Ministério da Saúde, mediante empréstimo do Banco Mundial (BIRD), investiu R$130 milhões no Projeto de Expansão da Saúde da Família (Proesf), para fortalecer o PSF nos Municípios com mais de 100 mil habitantes.
- Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com pesquisadores da Universidade de Nova York, demonstrou que, para cada 10% de aumento de cobertura do PSF, corresponde uma queda de 4,6% na mortalidade infantil, independentemente de outros fatores.
- O total de repasses de recursos do PAB fixo teve aumento recente de 32%, chegando a R$2,3 bilhões em 2005.
- Eqüidade: houve um aumento de 50% nos recursos repassados para todas as equipes dos Municípios de pequeno porte e IDH menor ou igual a 0,7; e para as equipes que acompanham população assentada e populaçaõ quilombola. Foi atualizada a base populacional dos Municípios.

Para saber mais:

No sítio http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php você encontrará notícias atualizadas e informações detalhadas sobre investimentos, indicadores de resultado e históricos de coberturas do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

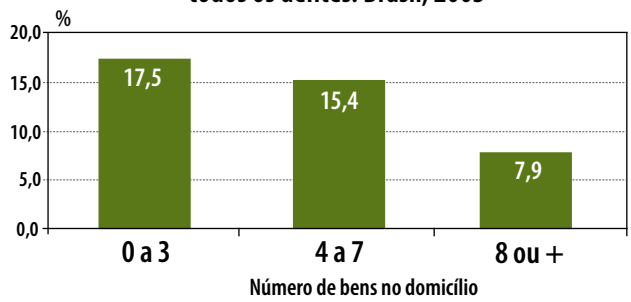
No sítio http://dtr2002.saude.gov.br/proesf você encontrará mais informações sobre o Proesf

ACESSE !

Um País onde Todos Poderão Sorrir

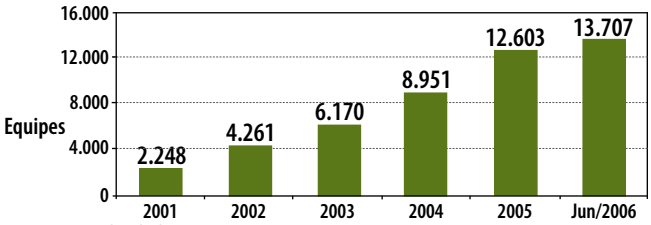
Nos últimos quatro anos, assistimos a um firme crescimento do direito de acesso à saúde bucal pelos serviços públicos de saúde. Até junho de 2006, tinham sido implantadas 13.707 equipes de saúde bucal no PSF, em todo o País, e criados 200 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além de ampliados, equipados ou reformados outros 170, o que também garante o direito de acesso a procedimentos mais complexos para pacientes especiais. É um investimento importante para a eqüidade em um País onde 10 milhões de pessoas não possuem dentes nem dentaduras, onde ocorrem milhares de óbitos por câncer de boca, onde falta diagnóstico precoce e é baixa a cobertura da saúde bucal; um País onde, antes, tratamento limitava-se a extração dentária, quase sempre.

Percentuais de adultos que perderam todos os dentes. Brasil, 2003



Fonte: IBGE, PNAD Saúde 2003

13.707 equipes de saúde bucal implantadas



Fonte: : MS, DAB, Siab, junho de 2006

CEO: pelo direito à integralidade

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) oferecem tratamento de canal, atendimento de pacientes especiais, tratamento de doenças da gengiva e outros procedimentos mais além da atenção básica. Os CEO realizaram mais de 2,9 milhões de procedimenos em 2005. Novos 226 CEO, já credenciados, receberão recursos do MS para sua implantação e manutenção.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Região	CEO		
	Novo	Adequação/ampliação	Total
N	11	8	19
NE	82	32	114
SE	49	87	136
S	36	24	60
CO	22	19	41
BRASIL	200	170	370

Fonte: MS, SAS

Você sabia?

- O impacto da expansão da fluoretação da água potável na saúde bucal de uma coletividade é maior que o decorrente dos serviços assistenciais.
- O Programa Nacional de Saúde Bucal investe no controle da quantidade de flúor na água e nos alimentos – para evitar excessos – e há uma vigilância dos "fins de rede" dos sistemas urbanos de água, para prevenir sua falta.
- A política de formação e incorporação dos Técnicos de Higiene Dental (THD) e dos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) nos serviços de saúde vem aumentando a qualidade e eficiência dos procedimentos desses profissionais indispensáveis.
- O cálculo do impacto das ações coletivas em saúde bucal, medido por indicadores como número de cáries e extrações, é fundamental para a melhoria da saúde bucal.

Para saber mais:

CEO e Equipes de Saude Bucal passo a passo:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/

ACESSE !

SAÚDE DA MULHER

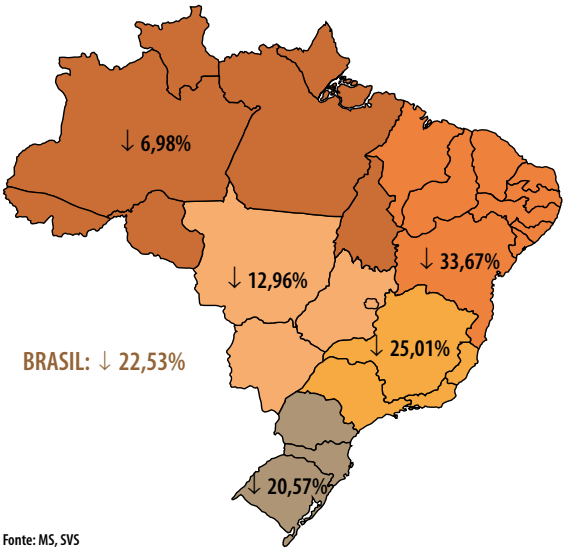
Pré-Natal

Cresce o número de consultas

A expansão do PSF tem sido decisiva para a ampliação do direito ao pré-natal. O pré-natal tem impactado diretamente os indicadores de saúde, especialmente a mortalidade materna e a mortalidade infantil.

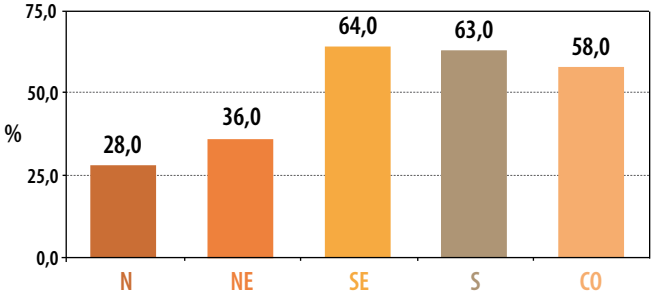
O Nordeste apresentou a maior queda no número de gestantes sem consulta pré-natal: ↓ 33,67%

Queda do número de gestantes brasileiras sem consulta pré-natal. Brasil, 2002 - 2004



Fonte: MS, SVS

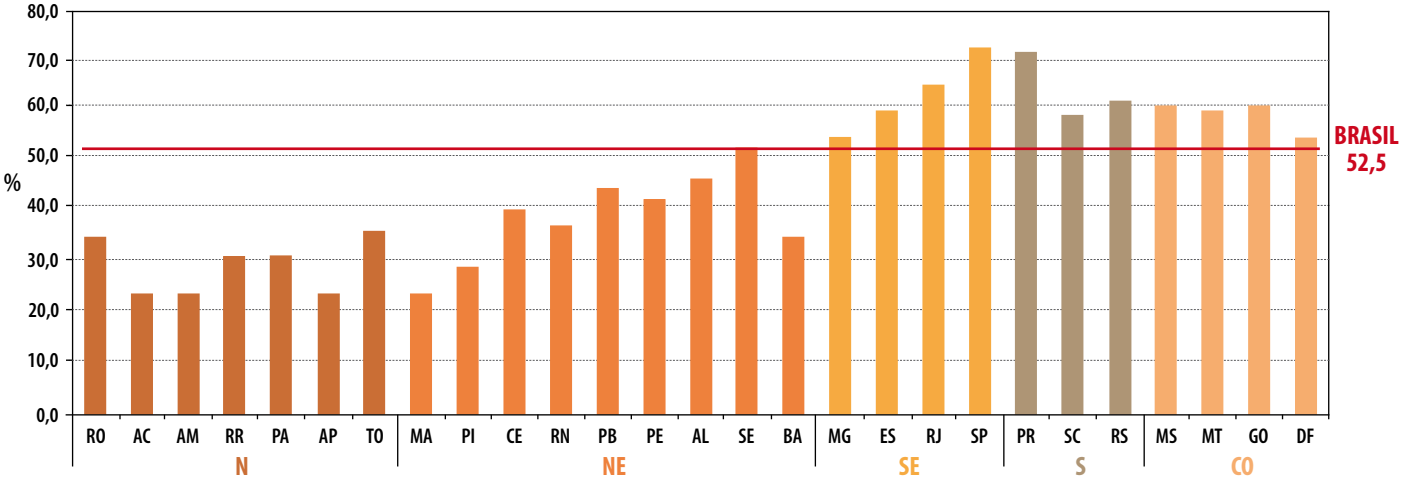
Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. Brasil, 2004



Fonte: MS, SVS, Saúde Brasil, 2005

O Pacto pela Vida definiu como indicador, para todos os Estados e Municípios, o percentual de gestantes com 4 ou mais consultas de pré-natal. Mais da metade das gestantes das regiões SE, S e CO já atingem 7 ou mais consultas, evidenciando-se uma forte desigualdade regional, racial e étnica, que necessita ser enfrentada, e à qual damos aqui destaque.

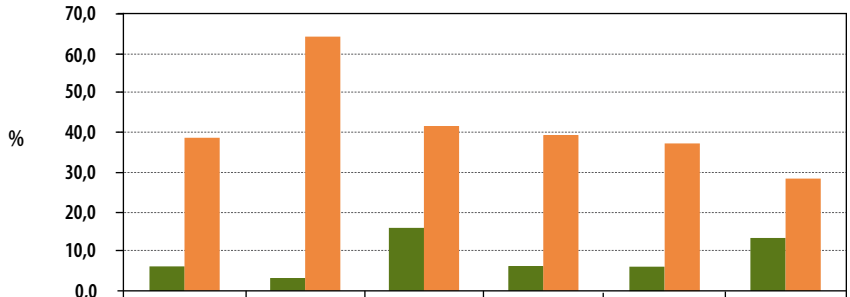
Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal. Brasil, 2004



Fonte: MS, SVS, Saúde Brasil, 2005

Desigualdade racial e étnica

Percentual de mulheres com consultas de pré-natal. Brasil, 2003



	Negra	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Nenhuma	5,0	1,6	16,0	4,8	5,0	11,7
7 e mais	37,1	62,5	40,1	39,2	37,0	26,7

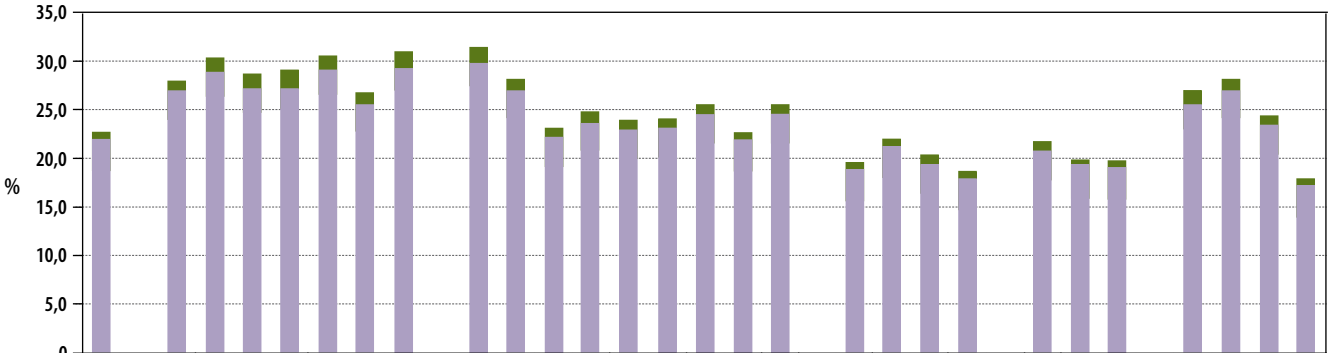
Fonte: SaúdeBrasil 2005, DASIS/SVS/MS

Este Painel adota o quesito raça/cor conforme definição do IBGE. Desse modo, população negra corresponde a pretos e pardos.

Gravidez na Adolescência

Adolescentes de 10 a 19 anos de idade responderam por 22% de cerca de 668 mil partos ocorridos em 2003. As mães com idade entre 10 a 14 anos foram cerca de 28 mil em todo o País. Entre 2002 e 2004, nota-se uma pequena tendência de queda da gravidez na adolescência nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste; e uma relativa estabilidade no Norte e no Nordeste. Os dados, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e da SVS/MS, retratam a situação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil.

Percentual de jovens grávidas na adolescência. Brasil, 2003



	BR	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF
10 - 14	0,9	1,2	1,4	1,3	1,8	1,4	1,2	1,6	1,5	1,1	1,0	1,3	1,0	1,0	1,2	0,9	1,0	0,6	0,9	0,8	0,6	0,9	0,7	0,8	1,4	1,3	0,9	0,6
15 - 19	21,8	26,7	28,7	27,2	27,1	29,1	25,4	29,3	29,9	27,0	22,1	23,5	24,4	23,1	21,7	24,5	18,8	21,0	19,3	17,8	20,7	19,2	18,9	25,3	26,7	23,4	23,4	17,1

Fonte: MS, SVS, Saúde Brasil 2005

SAÚDE DA MULHER

Mortalidade Materna

A morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável. Trata-se de um importante indicador do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos na comunidade. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os Comitês de Mortalidade Materna são essenciais para seu enfrentamento.

No Brasil, onde 97% dos partos são hospitalares e ocorre uma forte expansão da assistência pré-natal, a mortalidade materna associa-se ao direito de acesso aos serviços de saúde como também à sua qualidade e procedimentos, muitas vezes inadequados ou iatrogênicos. Associa-se também – fortemente – às desigualdades e iniqüidades sociais.

Os dados apresentados são da publicação SaúdeBrasil 2005, da SVS/MS. Foram recolhidos dos sistemas de informações de mortalidade (SIM) e de nascidos vivos (Sinasc), ambos do Ministério da Saúde. Graças ao esforço de gestores e técnicos de muitos Estados e Municípios e à investigação dos Comitês de Mortalidade, tem-se verificado uma melhoria significativa na qualidade da informação. Ainda persiste, contudo, uma importante subnotificação de casos, em parte devida à criminalização do aborto e suas conseqüências.

Número de mortes maternas por 100 mil nascidos vivos

Razão de Mortalidade Materna (RMM).[a] Brasil, 2000-2004

Brasil e Regiões	2000	2001	2002	2003	2004
N	62.26	49.77	53.12	57.17	53.10
NE	57.66	57.42	61.42	62.89	63.79
SE	48.38	44.37	46.44	42.25	44.36
S	53.44	52.65	57.62	51.58	59.02
CO	39.11	54.06	60.74	53.55	62.12
BRASIL	52.36	50.65	54.19	52.14	54.37

a) RMM sem fator de correção; pesquisa de Laurenti e colaboradores (FSP/USP-SP) recomenda uma correção de 40% para o Brasil, não aplicável a Regiões e Estados.
Fonte: MS, SVS, Dasis

Você sabia?

- **O Disque 180 – Central de Atendimento à Mulher** recebe denúncias, orienta e encaminha casos de violência; serviço público e gratuito e funciona de segunda a sexta, das 7h00 às 18h40min.
- Periodicamente, consulte um ginecologista e realize exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama.
- Mulheres que fazem sexo com mulheres também estão sujeitas a doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- O MS lançou a cartilha "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde", voltada para mulheres lésbicas e bissexuais. Consulte o portal do MS.
- O preconceito, a discriminação e a violência são fatores determinantes do sofrimento e do processo de adoecimento de *gays*, lésbicas, bissexuais e transgêneros (GLBT). Sua inclusão social e o respeito às diferenças são estratégias fundamentais para a promoção da saúde de todos os grupos sociais e da sociedade em geral.

Para saber mais:

www.redesaude.org.br – Portal da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos reúne informações, documentos, publicações e *links* com movimentos e entidades, como a Rehuna, Amigas do Peito, Aleitamento e Papai, além de publicar boletins eletrônicos.

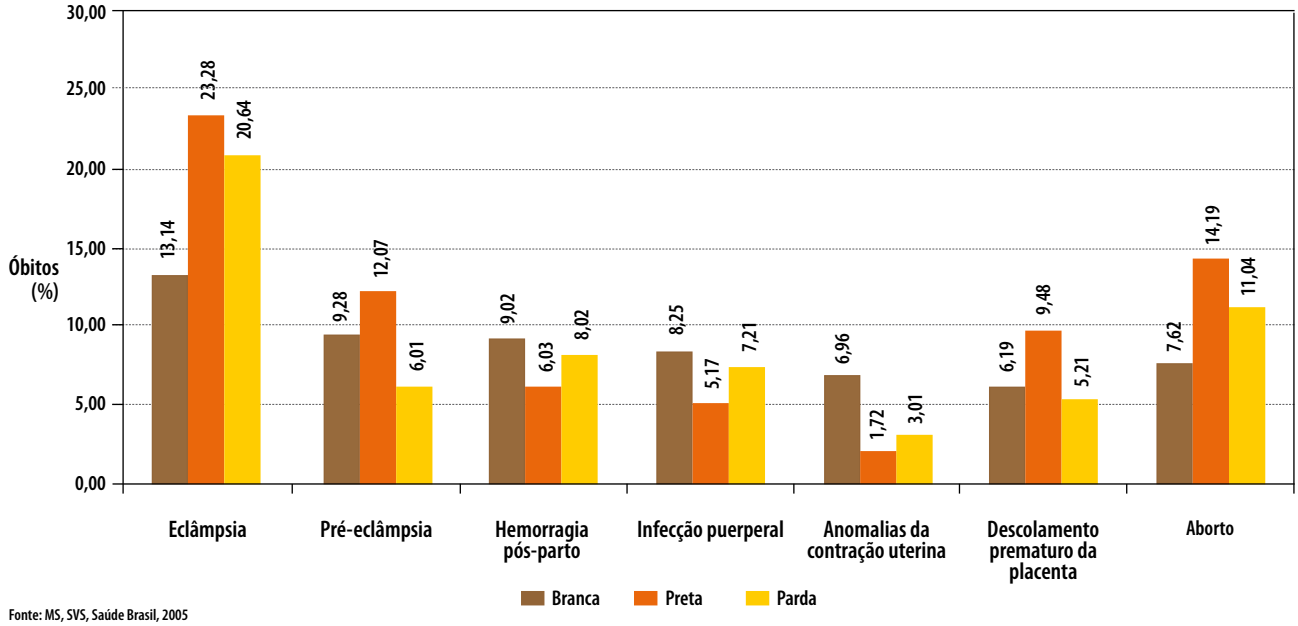
A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres dispõe notícias, textos, políticas e legislação: **www.presidencia.gov.br/spmulheres**

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde apresenta textos e informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, cartilhas e *links* no sítio **www.mulheres.org.br**

www.amigasdoparto.com.br dispõe textos e informações importantes na luta pela construção de uma assistência obstétrica humanizada.

ACESSE!

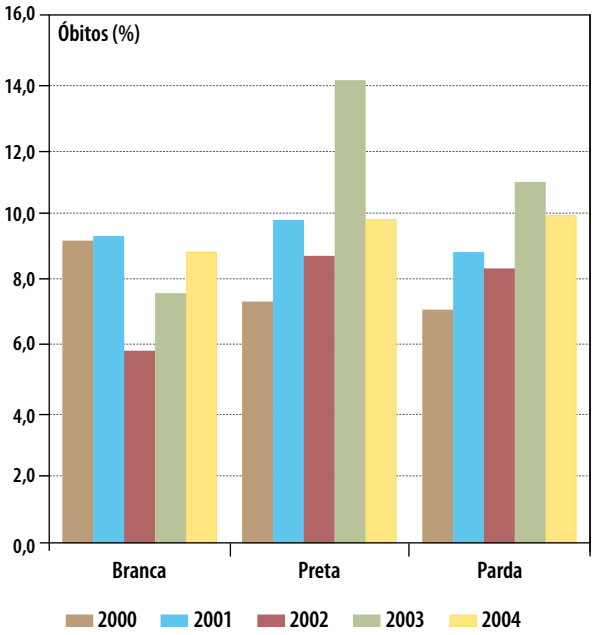
Percentual de mortes maternas por causas diretas, segundo raça/cor. Brasil, 2003



Fonte: MS, SVS, Saúde Brasil, 2005

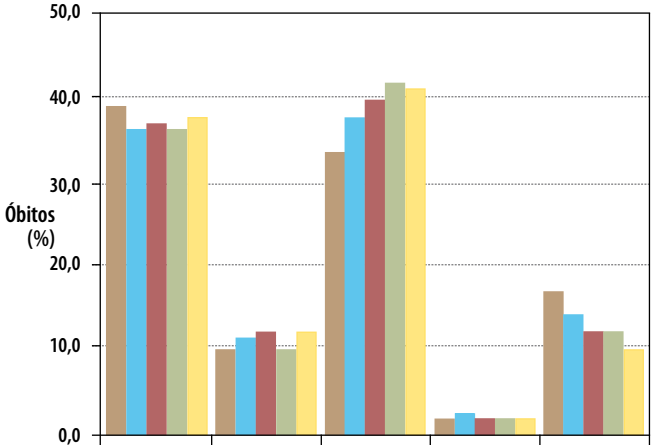
Aborto e desigualdade

Percentual de óbitos decorrentes de aborto, segundo raça/cor. Brasil, 2000-2004



Fonte: MS, SVS, SaudeBrasil 2005

Percentual de óbitos maternos segundo raça/cor no Brasil



	Branca	Preta	Parda	Indígena	Não inform.
2000	38,6	9,7	33,2	1,0	16,6
2001	36,4	11,0	37,0	1,5	13,8
2002	36,8	11,2	39,4	0,7	11,4
2003	36,0	9,8	41,4	0,6	11,6
2004	37,6	11,2	41,1	0,7	9,2

Fonte: MS, SVS, SaúdeBrasil 2005, SVS/MS
As somas, a cada ano, correspondem a 100%. Nota-se uma melhoria significativa do Sistema de Informações de Mortalidade nesse período, responsável por um aumento dos registros nas diversas cores que formam nossa população.

SAÚDE DA MULHER

Participe e Apóie os Comitês pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, envolvendo gestores das três esferas de governo, Conselhos de Saúde e sociedade civil. Vinte e cinco Estados já aderiram; e já formalizaram Planos de Ação 71 dos 78 Municípios considerados prioritários por suas elevadas taxas de mortalidade, que receberam do governo federal R$31,2 milhões para intensificar ações de qualificação e humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido.
As entidades e os Conselhos de Saúde podem:

1. **Fazer com que os planos de saúde de seu Município tenham a redução da mortalidade materna e infantil como prioridade; e participar do monitoramento e da avaliação dessas ações;**
2. **Mostrar aos gestores que, além de qualificar e humanizar a assistência nos serviços de saúde, os planos de ação contra a mortalidade materna e infantill devem garantir o direito de acesso a serviços de qualidade como também enfrentar as demais iniqüidades sociais, desenvolvendo práticas intersetoriais e interdisciplinares;**
3. **Organizar, acompanhar e participar dos Comitês pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o propósito de investigar e analisar suas causas e propor ações para seu enfrentamento.**

Os Comitês já existem em pelo menos 27 Estados, 171 Regionais, 748 Municipios e 206 hospitais.

PARTICIPE!

Neoplasias em Mulheres

Em 2003, ocorreram 62.061 mortes por neoplasias em mulheres no Brasil. As causas mais freqüentes foram o câncer de mama (15% dos cânceres, 9.342 mortes), seguido pelo câncer de útero (11% dos cânceres, 7.033 mortes) e pelo carcinoma da traquéia, brônquios e pulmões (9% dos cânceres, 5.398 mortes). Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traquéia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo câncer de próstata (12%) e de estômago (11%). O número total de mortes por neoplasias, entre homens e mulheres, foi de 134.683.

Câncer de colo de útero

As informações disponíveis mostram, para o período entre 1995 e 2004, uma grande variação e flutuação regional (e etária) dos óbitos, em parte explicável pela melhoria de classificação da causa. Ainda assim, o número de casos de câncer de útero codificados como "de porção não especificada" atinge 29% no Brasil, chegando a 50% em alguns Estados. Quanto à prevenção, os sistemas de informação disponíveis não permitem, ainda, a construção de indicadores seguros e com cobertura para análises mais abrangentes.

CRESCE A REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU

Os exames de prevenção do câncer de colo do útero financiados pelo SUS cresceram de 6.917.669 em 2000 para 10.339.126 em 2003, cerca de 50% em 4 anos. Consultas com procedimento ginecológico, por sua vez, cresceram de 498.138 em 1998 para 4.268.435 em 2003, demonstrando um expressivo aumento de cobertura.

EXAMES PREVENTIVOS DE COLO DE ÚTERO

A PNAD/IBGE colheu, em 2003, pela primeira vez, dados sobre a realização de exame preventivo em mulheres com 25 anos ou mais, nos últimos 3 anos. Veja os principais resultados:

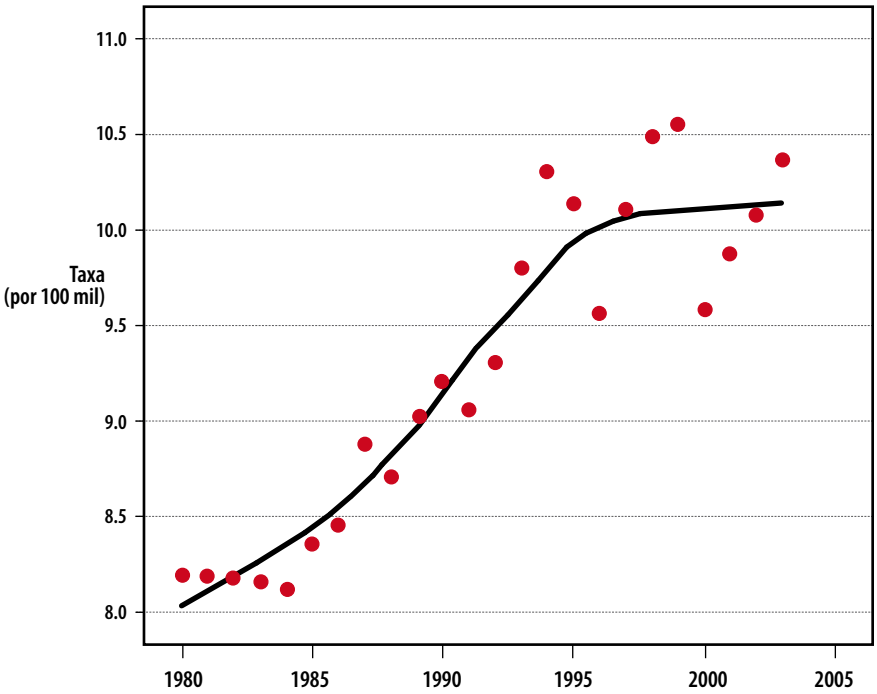
68,7% realizaram o exame nos últimos 3 anos
20,0% nunca realizaram o exame

As respostas mostram importantes variações regionais e sociais. No Maranhão e em Alagoas, referem nunca ter realizado o exame 61,8% e 54,2%, respectivamente, jogando para baixo a média nacional. Também há importante variação por anos de estudo, demonstrando iniqüidade no acesso.

Câncer de mama

A mortalidade por neoplasia de mama apresentou significativo aumento do risco até 1995, estabilizando-se no período seguinte. A situação recente, de 2000 a 2003, mostra tendências de queda ou estabilização em vários Estados, incluindo São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que apresentavam as taxas mais elevadas.

Taxa padronizada de mortalidade por neoplasia de mama. Brasil, 1980 a 2003



Fonte:MS, SVS, Dasis

EXAME CLÍNICO

Segundo a PNAD/IBGE 2003, a cobertura de exame clínico de mamas no último ano, em mulheres a partir dos 40 anos de idade, era de 37,6%. E 34,4% dessas mulheres nunca foram submetidas a esse exame por profissional de saúde; no Maranhão e em Alagoas, 62,6% e 62,2%, respectivamente. Distrito Federal (81,9%), São Paulo (78,9%) e Rio de Janeiro (77,6%) apresentaram os melhores resultados. O Instituto Nacional do Câncer (Inca/MS) preconiza exames anuais nessa faixa etária, o que demonstra grave problema de acesso, bastante desigual quando se comparam Estados e Regiões.

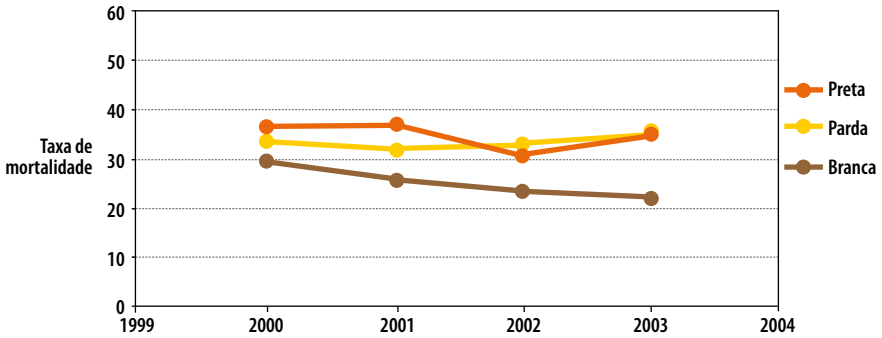
MAMOGRAFIA

Inicialmente, uma distorção: a cobertura por mamografia, no Brasil, é superior à do exame clínico. Em 2003, a cobertura de mamografia em mulheres a partir dos 50 anos de idade, realizada nos últimos 2 anos, era de 41,2%. Em contrapartida, 49,7% das mulheres nessa idade declararam nunca terem se submetido a esse exame – cerca de 74% no Tocantins, no Maranhão e na Paraíba. Há uma clara relação entre escolaridade (que mede, indiretamente, o perfil socioeconômico) e o acesso ao exame pelo menos uma vez na vida: de 24% para 68%, comparando as sem escolaridade com as que têm 15 ou mais anos de estudo.

ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Apresentamos um quadro de situação de algumas doenças transmissíveis, especialmente as que compõem o Pacto pela Vida e as Metas do Milênio, de que o Brasil é signatário. Como pano de fundo, os avanços e dificuldades do SUS e demais políticas públicas no enfrentamento de novos e velhos problemas de saúde, que têm nas iniqüidades sociais grande parte de suas raízes.

Evolução da taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por doenças infecciosas, segundo raça/cor. Brasil, 2000-2003

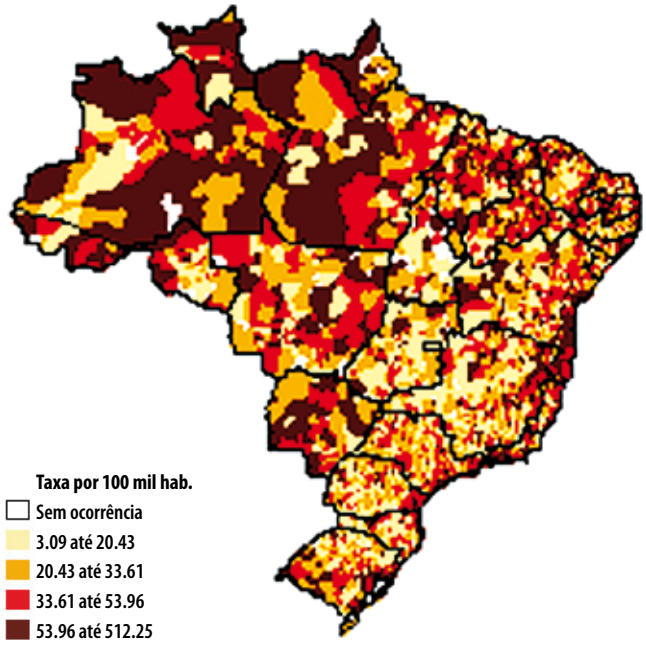


Fonte: MS, SVS, SaudeBrasil 2005

O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos de idade por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior que o de uma criança branca.

Tuberculose

Incidência de tuberculose. Brasil, 2004



A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estimou, para o ano de 2002, 16 milhões de pessoas com tuberculose, 8 milhões e 200 mil casos novos e 1 milhão e 800 mil mortes, 98% destas em países periféricos.

Tuberculose no Brasil

Houve um acréscimo gradual de casos novos de tuberculose no Brasil, no período de 2000 a 2003, possivelmente em razão da melhora de detecção e do incremento das ações de vigilância nos últimos dois anos.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde detectou 81.053 casos novos de tuberculose em 2003. Destes, cerca de 62% ocorreram nas regiões metropolitanas das capitais e do DF. A Região Norte apresentou as maiores taxas de incidência, seguida pelo Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Estima-se uma subnotificação de 20 a 30%, o que elevaria a incidência próximo de 100 mil casos novos/ano.

A proporção de casos curados foi de 73%, caindo para 56% quando considerados os casos sem informação de encerramento. O objetivo do MS é cumprir as metas mundiais pactuadas junto à OMS, localizando 70% dos casos estimados e curando, no mínimo, 85% deles.

De 1980 a 2003, houve uma redução de 29% nos óbitos por tuberculose em todas as suas formas, com diminuição dos óbitos entre crianças e adultos até 39 anos, estabilidade na faixa de 40 a 59 anos e grande aumento após os 60 anos de idade

Tuberculose e desigualdade

1. **DE GÊNERO:** o risco de ser um caso novo de tuberculose é 1,8 vezes maior para os homens e aumenta conforme a idade, até a velhice; os homens responderam por 73% das mortes por tuberculose ocorridas em 2003.
2. **GEOGRÁFICAS:** as regiões metropolitanas (RM) concentram 62% dos casos novos de todo o País; as maiores taxas (por 100 mil habitantes) foram encontradas nas RM de Fortaleza, Salvador e Rio de Janeiro. Recentemente, tem-se observado uma diminuição da mortalidade por tuberculose em todas as Regiões, porém não constante e desigual.
3. **DE COR E ESCOLARIDADE:** em 2003, o risco de morrer por tuberculose foi 1,9 vezes maior para a cor parda quando comparada à branca, 2,5 vezes maior para a cor preta quando comparada à branca e 2,0 vezes maior para os negros (pretos e pardos) quando comparados aos brancos; o risco de morte por tuberculose foi 3,4 vezes maior para indivíduos com até 4 anos de estudo, independentemente da raça/cor.

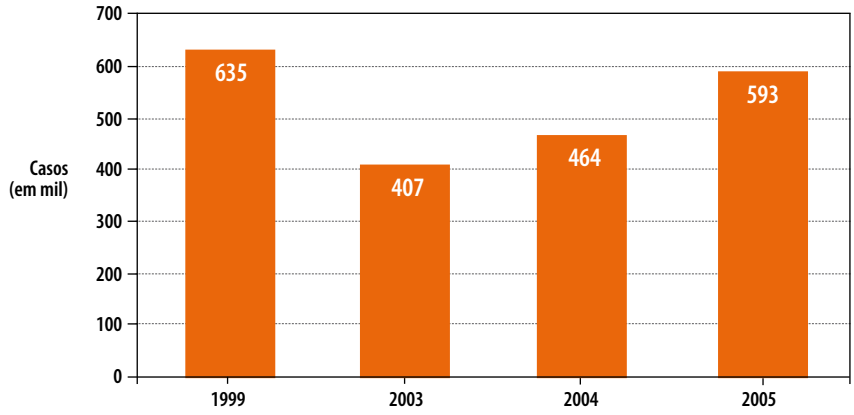
Malária

A malaria é endêmica em toda a Amazônia Brasileira, na totalidade da Região Norte mais parte dos Estados do Maranhão e de Mato Grosso. Nesse território, ocorreram mais de 99% dos casos informados nos últimos dez anos, com média anual de 530 mil exames positivos.

Em 1999, sua incidência aumentou consideravelmente, voltando ao nível dos anos 70, com 632 mil casos e 21 mil hospitalizações. Ações como estímulo ao diagnóstico precoce e tratamento imediato pela rede SUS levaram a uma diminuição para 408 mil casos em 2003; que não se mostra sustentável, voltando a ocorrer um crescimento para 464 mil casos em 2004 e 593 mil em 2005, com 11.618 internações e 93 óbitos – uma letalidade de 0,02%. Ressalte-se que, nesse período, ampliou-se em 146% a rede de diagnósticos na região, melhorando sensivelmente a informação, juntamente com um processo de qualificação e descentralização das ações e serviços.

O aumento recente de casos de malária deve-se, principalmente, à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades como Manaus -AM, Porto Velho-RO e Cruzeiro do Sul-AC, Municípios que concentram 26% de todos os casos da Amazônia Legal. O desmatamento para extração de madeira, a criação de gado, a agricultura e assentamentos não oficiais, além da construção de tanques artificiais para a piscicultura, também têm contribuído para a elevação da malária na Amazônia Legal brasileira.

Malária na Amazônia Legal. Brasil, 1999, 2003, 2004 e 2005



Fonte: MS, SVS

ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Casos novos notificados e Índice Parasitário Anual (IPA) de malária nos Estados da Amazônia Legal. Brasil, 2000 a 2005

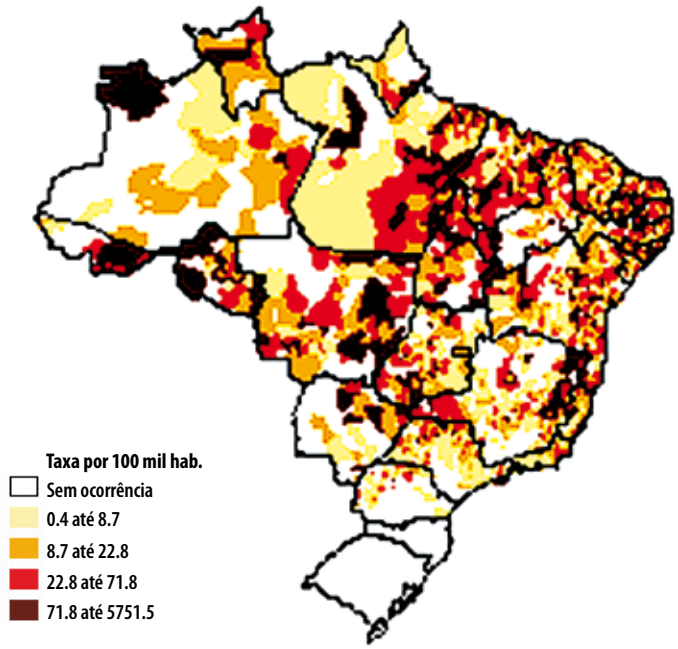
Estados	Total de casos						Índice Parasitário Anual (casos por mil hab.)					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Rondônia	54.074	57.679	71.224	93.810	106.763	118.530	39.2	41,0	49,7	64,4	72,1	77,2
Acre	21.560	7.774	9.216	12.264	31.720	57.074	38.7	13,5	15,7	20,4	51,6	85,2
Amazonas	96.026	48.385	70.223	140.908	147.349	222.010	34.1	16,7	23,7	46,5	47,5	68,7
Roraima	35.874	16.028	8.036	11.819	26.196	31.838	110.6	47,5	23,2	33,1	71,2	81,4
Pará	278.204	186.367	149.088	115.673	109.866	121.883	44.9	29,4	23,1	17,6	16,4	17,5
Amapá	35.278	24.487	16.257	16.651	20.672	28.050	74	49,1	31,5	31,1	37,4	47,2
Tocantins	1.640	1.244	1.130	1.212	854	711	1.4	1,0	0,9	1,0	0,7	0,5
Maranhão	78.818	39.507	16.000	11.435	14.433	11.146	13.9	6,9	2,8	1,9	2,4	1,8
Mato Grosso	11.767	6.832	7.085	5.022	6.484	8.405	4.7	2,7	2,7	1,9	2,4	3,0
AMAZÔNIA LEGAL	613.241	388.303	348.259	408.794	464.337	599.647	29.1	18,0	15,9	18,3	20,5	25,4

Fonte: MS, SVS, Sismal (2000-2002) e Sivep-Malária (2003-2005); em 17/03/2006, sujeito a alteração. SVS/MS

Dengue

O mosquito transmissor da doença, o *Aedes aegypti*, encontra-se distribuído em todas as cidades do País, salvo algumas áreas urbanas dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Existem referências a epidemias desde 1916, em São Paulo, e 1923, no Rio de Janeiro e em Niterói. Em 1981, ocorreu uma epidemia em Boa Vista-RR e, a partir de 1986, várias outras que afetaram o Rio de Janeiro e algumas capitais do Nordeste. Desde então, a dengue retorna ao Brasil intercalando epidemias com situação de endemia.

Casos notificados de dengue. Brasil, 2004



Fonte: MS, SVS

Até 1990, ocorreram menos de 100 mil casos de dengue ao ano, estabelecendo-se o recorde de 794 mil casos em 2002, além da introdução de um novo sorotipo do vírus, o DEN3, indicador de elevado risco de novas epidemias e de aumento dos casos de febre hemorrágica por essa doença.

O número de casos notificados seguiu diminuindo até 117.519 em 2004 (veja o mapa na página anterior), voltando a subir para 217.406 em 2005, com 447 casos de febre hemorrágica e 43 óbitos. Até março de 2006, foram notificados 32.606 casos, sendo 17 de dengue hemorrágica e nenhum óbito, embora seja preocupante a situação de algumas regiões, como a do Rio de Janeiro.

O Programa Nacional de Controle da Dengue do MS avalia que, apesar de todas as dificuldades, a maioria dos Municípios tem melhorado sua estrutura de enfrentamento da doença, contando com um quantitativo adequado de agentes de controle de endemias, supervisores de campo, equipes de bloqueio de transmissão e de vigilância entomológica e equipes de ações de saneamento, além da maior existência de legislação municipal. Como questão igualmente válida para o controle da malária, existe o risco de descontinuidade das ações implementadas, provocado pela substituição maciça de agentes nas transições dos governos municipais.

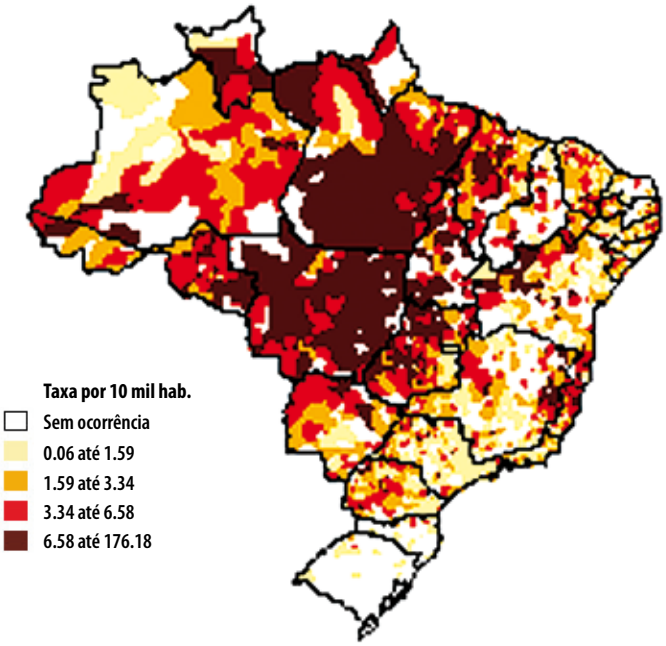
Hanseníase

A hanseníase permanece como questão relevante. Apesar dos avanços do SUS, a doença continua a produzir mais de 40 mil casos novos/ano no Brasil e mantém importante endemicidade.

Você sabia?

- Em 1991, na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, o Brasil pactuou compromisso, com o demais países, de que a hanseníase seria eliminada como problema de Saúde Pública até o ano 2000, prazo estendido a 2010. Para eliminar a doença, é necessário reduzir a taxa de prevalência para menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes.
- Em 2004, no processo de modernização do Programa Nacional pela Eliminação da Hanseníase, o País passou a utilizar o mesmo método de cálculo que a OMS, representando uma taxa de prevalência de 1,71 casos para cada 10 mil habitantes, média composta por importantes variações inter e intra-regionais.
- Em 2005, a taxa de prevalência diminuiu para 1,48 casos por 10 mil habitantes, o que equivale a 27.313 pessoas em tratamento. O coeficiente de detecção foi de 2,09 por 10 mil habitantes, o que equivale a 38.410 casos novos notificados pelos serviços de saúde.

Prevalência de hanseníase. Brasil, 2004



Nota: Taxa maior que 4.00 por 10 mil = nível de hiperendemicidade
Fonte: MS, SVS

É indicador negativo a relativa ausência de dados nos sistemas de informação sobre as características sociais dos portadores de hanseníase, essenciais para uma compreensão mais profunda da dinâmica social da doença – e seu enfrentamento. Trata-se de uma doença negligenciada, na medida em que é baixo o interesse do capital no combate e eliminação da doença no Brasil, que carrega consigo uma longa história de exclusão social.

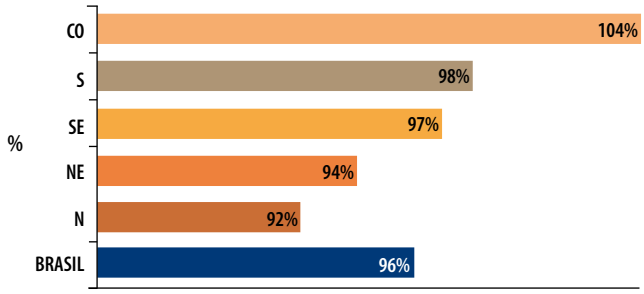
ALGUMAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Vacinação

Desde 1995, o SUS dispõe de dados de cobertura vacinal de todos os Municípios do País e vem mantendo coberturas adequadas, o que torna exemplar o Programa Nacional de Imunizações (PNI), dada a dimensão continental brasileira e a complexidade logística e tecnológica envolvida.

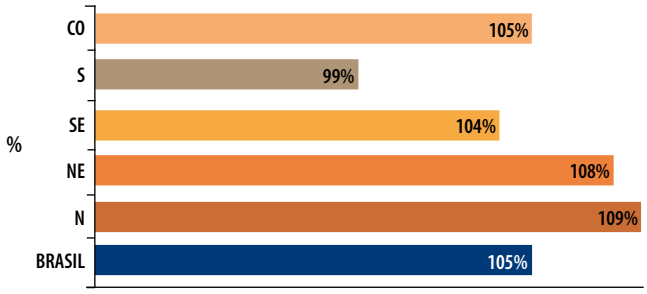
São exemplos de vitórias do SUS o fim da transmissão do sarampo, desde março de 2000; da poliomielite, desde 1994; as coberturas alcançadas pela vacina contra a influenza, com 86% da população com mais de 60 anos coberta pelo programa de vacinação; o sucesso da vacinação contra o tétano neonatal; a introdução da vacina contra o *Haemophilus,* que reduziu a mortalidade infantil por meningites e pneumonia, e o fato de o Brasil tornar-se o primeiro país do mundo a oferecer, na rede pública de saúde, a vacina contra o rotavirus. Esta, uma vez incluída no calendário básico de imunização, poderá evitar até 850 mortes/ano em crianças de até 5 anos e reduzir em até 40%, aproximadamente, as internações infantis por gastroenterite infecciosa.

Cobertura da vacina tetravalente (DTP + Hib)



Fonte: MS, SVS

Cobertura da vacina tríplice viral



MS, SVS

Aids

As vitórias acumuladas no enfrentamento da epidemia e a notável melhora na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids são vitórias do SUS, que só foram possíveis pela militância ativa de inúmeras organizações não governamentais e movimentos de luta contra a aids, parceiras que fazem do Programa Nacional de DST e Aids e dos programas estaduais e municipais, por seu caráter inovador e participativo, exemplos para o mundo.

A epidemia ainda se encontra em níveis elevados, apesar da queda no número de óbitos em 2004 e sua relativa estabilização entre os homens homo, bi ou heterosexuais; e a diminuição de casos novos por uso de drogas injetáveis, em parte devida a corajosas políticas de redução de danos.

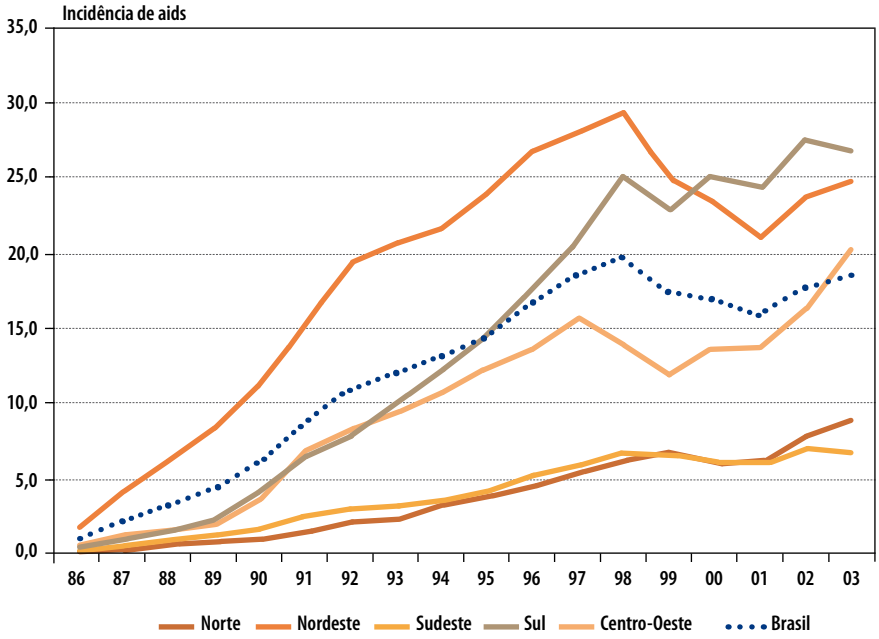
A aids vem crescendo entre as mulheres, os heterosexuais, as pessoas com menor escolaridade e os mais pobres. Embora 60% dos casos de aids sejam de pessoas brancas, entre as mulheres, há um aumento de casos para a cor parda.

O poder público tem garantido o fornecimento de medicamentos anti-retrovirais a 100% das pessoas que vivem com HIV/aids, cerca de 170 mil em todo o País.

Uma epidemia em mudança

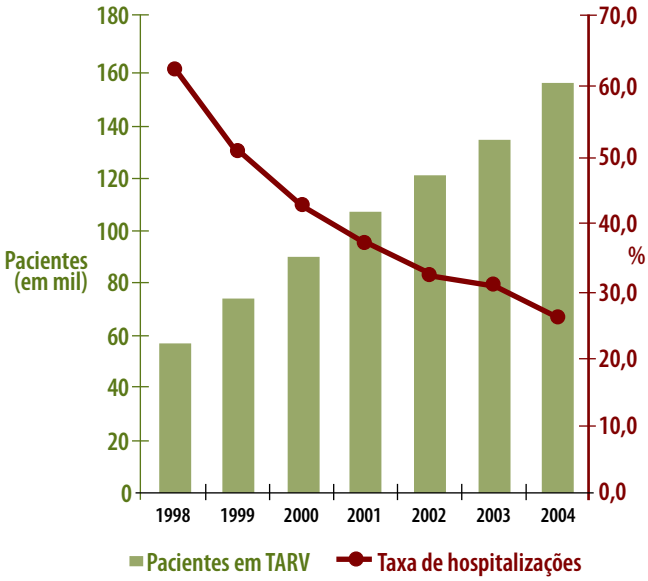
Observa-se uma clara tendência de crescimento de casos novos nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; de diminuição em todos os Estados da Região Sul, que apresentava as taxas de incidência mais elevadas, além de queda expressiva em São Paulo; e de crescimento em Minas Gerais, de +48% entre 2000 e 2004, e no Rio de Janeiro, que, com um incremento de 33% nesse período, torna-se o Estado com maior taxa de incidência do País.

Incidência de aids (por 100 mil hab.) por Regiões. Brasil, 1986 a 2003



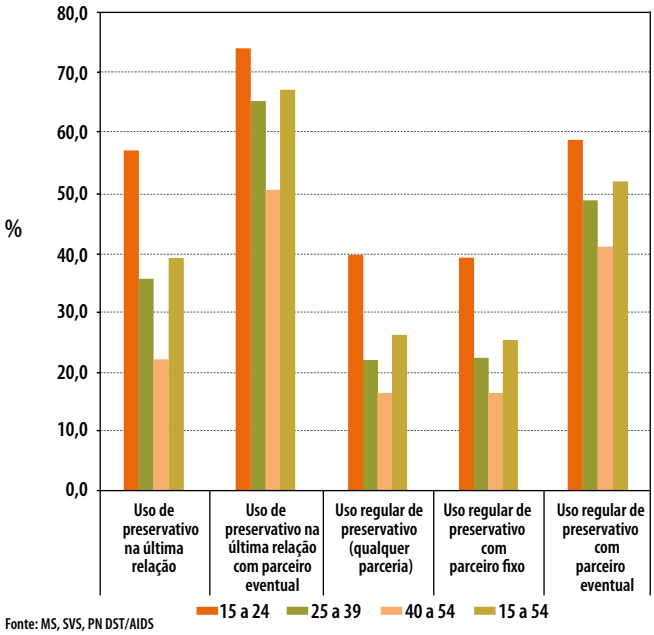
Fonte: MS, SVS, PN DST/AIDS

Taxa de hospitalizações por aids de pacientes em tratamento com anti-retrovirais (TARV). Brasil, 1998 2004



Fonte: MS, SVS, PN DST/AIDS

Percentual da população sexualmente ativa segundo o uso do preservativo, por faixa etária. Brasil, 2004



Fonte: MS, SVS, PN DST/AIDS

CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA

Espaços públicos de diálogo, interlocução e controle social

O direito à participação e ao controle social nas políticas e práticas de saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, conquistado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Federal 8.142, de 1990. Exemplo para as demais áreas sociais, efetiva-se por intermédio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, espaços paritários onde entidades e movimentos da sociedade civil detêm metade da composição; a outra metade é dividida, igualmente, entre trabalhadores da Saúde e gestores, públicos e privados. Uma vitória que abre espaços para a mudança das práticas e para a gestão participativa.

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL

Atualmente, ocorrem processos de formação de conselheiros e lideranças da sociedade em 18 Estados, por meio de convênios firmados com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP). Em muitos deles desenvolvem-se processos de mobilização social em defesa do SUS. Sempre é bom lembrar que o apoio ao fortalecimento do controle social é responsabilidade das três esferas de governo.

COMITÊS DE PROMOÇÃO DA EQÜIDADE EM SAÚDE

Espaços institucionais de acolhimento e de articulação entre as demandas e ofertas de políticas de saúde, priorizando os grupos e populações excluídas por sua origem étnica, orientação sexual e gênero. Estão formalizados no Ministério da Saúde o Comitê de Saúde da População Negra, o Comitê de Saúde da População do Campo (Grupo da Terra), e o Comitê de Saúde da População GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

De acordo com o Decreto nº 5.839/06, a composição do CNS é de 48 conselheiros titulares. Desse total, 24 representam entidades e movimentos sociais nacionais de usuários; 12 representam entidades nacionais de profissionais de saúde; 8 representam os gestores (MS, CONASS e CONASEMS) e 4 representam os prestadores de serviços e entidades empresariais.

CONSELHOS DE SAÚDE

Hoje, todos os Estados e Municípios possuem Conselhos de Saúde, foros com caráter permanente e deliberativo, que representam a possibilidade da política de saúde ser formulada, executada, monitorada e avaliada com controle da sociedade.

GESTÃO PARTICIPATIVA

É a participação ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, ampliação de espaços públicos e coletivos sociais para o exercício do diálogo entre gestores do SUS e a população, negociação e pactuação entre as três esferas de governo e aprimoramento do controle social, além de permitir a construção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços, redes e sistemas de saúde. Um estimulante desafio para a construção do SUS.

CADASTRO NACIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Instrumento fundamental para a informação
Não fique de fora. Seu Município está cadastrado?
Se está, preencheu todos os dados?
Conheça e visite o sítio do Conselho Nacional de Saúde:

www.conselho.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

Serviço gratuito que fornece informações sobre as diferentes atividades do SUS, todos os dias da semana, nas 24 hs.
O atendimento pessoal é feito de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

OUVIDORIA-GERAL DO SUS: JUNTOS, FAZENDO O SUS CADA VEZ MELHOR

Em 2005, o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS recebeu cerca de 12 milhões de ligações na Central de Teleatendimento, que geraram mais de 28 milhões de atendimentos. Deste total, foram analisadas e encaminhadas aos Órgãos competentes 22.535 demandas, incluindo sugestões, reclamações, denúncias e elogios.

Recentemente, foi criado o **Ouvidor-SUS**, um sistema informatizado que facilitará o trabalho das ouvidorias do SUS.

Seu Estado e sua cidade têm OUVIDORIA?

TUDO EM UM SÓ LUGAR – SISAUD/SUS

Com a expectativa de assegurar a integração, agilidade e facilitar o acompanhamento das informações coletadas pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas três esferas de gestão do SUS, bem como dos Órgãos de controle externo, como a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Ministério Público, e também pelos Conselhos de Saúde, foi criado o Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS).

O Sisaud/SUS é um sistema informatizado que utiliza tecnologia da Internet, agregando bancos de dados e fornecendo muita informação, sem requerer dos gestores grandes investimentos em tecnologia, bastando acesso à rede. Você pode conhecê-lo no sítio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). Um instrumento de transparência, a serviço da construção do SUS.

Conheça o sítio do Denasus: www.sna.saude.gov.br

Você sabia?

- Cabe aos Conselhos de Saúde e às Conferências deliberar sobre a política de saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal.
- Todos os Municípios brasileiros possuem Conselho de Saúde
- Todo cidadão pode participar dos Conselhos de Saúde, inclusive assistir às reuniões do Conselho de sua cidade, Estado ou ainda do Conselho Nacional.
- Toda unidade de saúde deve possuir espaços de participação abertos aos usuários, a exemplo dos Conselhos Gestores ou Conselhos de Gestão Participativa.
- Encontra-se em desenvolvimento o **ParticipaNet SUS**, estrutura virtual de trabalho e pesquisa que permitirá estimular o controle social do SUS e contribuir na construção, reflexão, formulação e proposição de abordagens inovadoras de análise, avaliação e apoio aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- A Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS consiste na elaboração e aplicação de uma metodologia de avaliação da satisfação de usuários atendidos em diferentes serviços, como um dos componentes da avaliação do sistema.

Para saber mais

Para informações, sugestões e críticas sobre todos os serviços de saúde:
Envie um fax:
(61) 3448.8923 ou 3448.8926
Envie um *e-mail*: ouvidoria@saude.gov.br
Escreva uma carta: SEPN 511, Bloco C, 1º Subsolo, Brasília-DF. CEP: 70750-543
Acesse **www.saude.gov.br/ouvidoria**

Para maiores informações sobre a política da SEGEP, consulte:
www.saude.gov.br
em Secretarias do Ministério,
Gestão Estratégica e Participativa.

ACESSE!

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

EC 29: vinculação aumenta orçamento da Saúde

A vitória da luta pela aprovação da Emenda Constitucional Nº 29 (EC29), em 2000, estabelece a vinculação de recursos orçamentários da União, Estados e Municípios para a Saúde. Ela amplia os orçamentos e permite maior estabilidade para o setor, maior capacidade de planejamento das ações e dos serviços.

Para a União, a EC29 determinou que, no ano 2000, o montante mínimo aplicado em ações de saúde fosse o valor executado em 1999, acrescido de 5%; e que nos anos seguintes, 2001 a 2004, o aumento das despesas se vinculasse à variação nominal do PIB do País. Para Estados e Municípios, os percentuais mínimos de vinculação deveriam chegar a 12 e 15% em 2004, respectivamente, a partir do percentual mínimo de 7% estipulado para 2000.

Entre 2000 e 2005, o gasto público total com saúde cresceu mais de 110%, – um aumento *per capita* nacional de U$110 para U$153. Esse processo tornou evidentes duas questões:

1. Em que pese todo o aumento orçamentário, dados da OMS mostram que o investimento público em saúde no Brasil é 10 a 15 vezes menor que o de países como Canadá, Austrália ou Reino Unido.
2. As três esferas de governo – com grandes variações de escala – passaram a contar, como gastos em saúde, com o pagamento de aposentados, despesas com saneamento, merenda escolar, limpeza urbana, asfaltamento, restaurantes populares e outras. Essa situação coloca na ordem do dia a luta pela imediata regulamentação da EC29, para definir, claramente, o que são gastos em ações e serviços de saúde, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, o Projeto de Lei Complementar 1/2003 encontra-se na Câmara Federal, pronto para ser votado.

Gastos totais de serviços públicos de saúde e *per capita* da União, Estados, Municípios e do Brasil

Ano	Orçamento executado pela União em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano União (US$)	Orçamento executado pelos Estados em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano Estados (US$)	Orçamento executado pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde (R$ bilhões)	*Per capita* ano Municípios (US$)	Total Brasil U+E+M (R$ bilhões)	*Per capita* ano Total Brasil U+E+M (US$)
2000	20.351	65,52	6.313	20,32	7.404	23,83	34.069	109,67
2001	22.474	55,42	8.270	20,39	9.269	22,86	40.013	98,67
2002	24.737	48,37	10.078	19,71	11.759	22,99	46.574	91,07
2003	27.181	50,09	12.224	22,50	14.218	26,17	53.633	98,68
2004	32.703	62,39	15.104	28,81	16.141	30,79	63.948	121,99
2005	36.475	77,47	17.633	37,45	17.920	38,06	72.031	152,97

Fonte: MS, Datasus; FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006

Você sabia?

- Não devem ser considerados gastos com ações e serviços de saúde o pagamento de aposentados, despesas com saneamento, merenda escolar, limpeza urbana, asfaltamento, restaurantes populares e outras. Acompanhe a elaboração do orçamento e a prestação de contas de seu Município e Estado.
- Verifique se seu Município cumpre os percentuais mínimos (15%) de gastos em ações e serviços em saúde no sitio do Sistema de Informações sobre Serviços Públicos em Saúde (Siops): http://siops.datasus.gov.br. Veja também a situação de seu Estado.

FIQUE DE OLHO!

Para saber mais

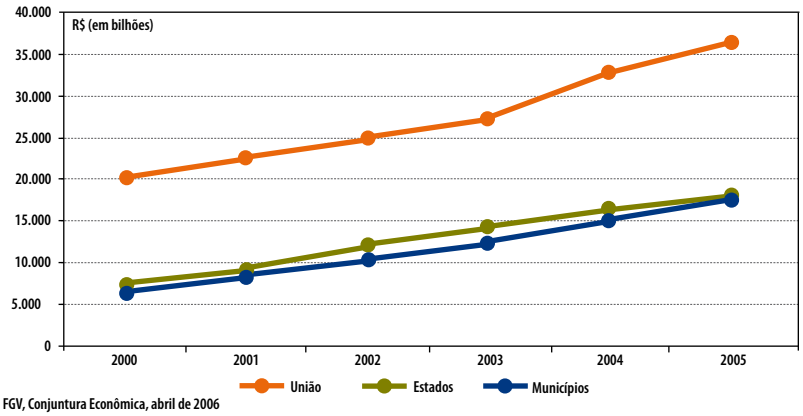
Confira se seu Município alimenta o Siops e como declara seus gastos, no sítio:

http://siops.datasus.gov.br

ACESSE!

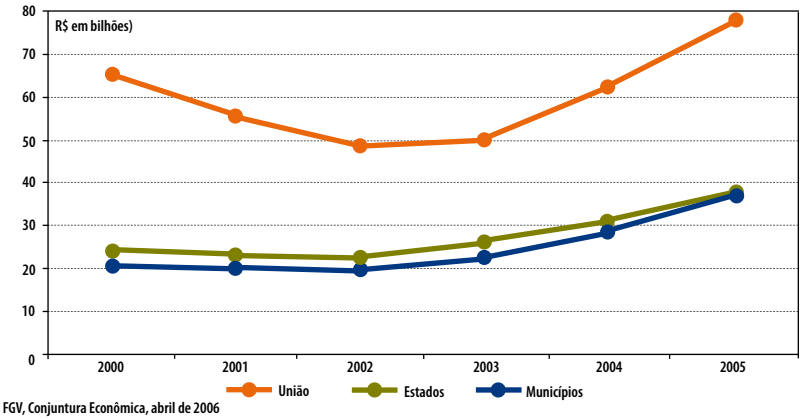
União responde por 50,6% do gasto público total em saúde

Gastos totais do SUS em ações e serviços de saúde. Brasil, 2000 a 2005



Fonte: FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006

Gastos *per capita* do SUS em ações e serviços de saúde. Brasil, 2000 a 2005



Fonte: FGV, Conjuntura Econômica, abril de 2006

Da vacina ao transplante: orçamento total do SUS ainda é menor que 1 real/dia por habitante

Gasto público *per capita* em saúde (2003) de alguns países selecionados

Países	U$ dólar
Austrália	1.699
Canadá	1.886
França	2.273
Alemanha	2.506
Japão	1.997
Reino Unido	2.081
EUA	2.548
BRASIL	153[a]
Argentina	148
Chile	137
Cuba	183
México	172

a) Valor em 2005 (Fonte: MS, Datasus)
Fonte: OMS, Relatório Mundial da Saúde, 2006

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Departamento de Informática do SUS (Datasus/MS), é um sistema disponível na Internet desde 1998, cuja função é recolher os dados de receitas totais dos Estados e Municípios e suas despesas na área da Saúde, para o acompanhamento e controle do gasto em saúde com recursos próprios, pelos entes federados.

Quem preenche o Siops, habitualmente, é um servidor da Secretaria de Estado ou Municipal de Saúde, sob expressa autorização do gestor do executivo; portanto, as informações são declaratórias e de responsabilidade do governador ou prefeito.

O uso do SIOPS pelos Conselhos de Saúde permite o acesso a informação sobre a aplicação dos recursos públicos no setor, com transparência e organização, e o conhecimento sobre quanto foi destinado à Saúde por cada unidade político-administrativa do País.

Observa-se que, dos 5.562 Municípios existentes no Brasil atualmente, 3.851 já enviaram aos Siops os dados referentes ao exercício financeiro de 2005 (posição correspondente ao dia 17/05/2006). Do total enviado, 3.713 executaram um gasto maior de 15% das suas receitas próprias com saúde e 138 não alcançaram esse limite mínimo; 1.711 Municípios, como se pode deduzir, ainda não transmitiram os dados ao sistema.

ATENÇÃO HOSPITALAR

Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira

Há muito se fala da necessidade de uma política que induza a reestruturação das instituições hospitalares, frente às novas possibilidades dos serviços e necessidades da população, integrando-as, definitivamente, à rede local e regional do SUS.

Estruturas complexas, com longa história e diferentes modos de organização e gestão, têm como determinantes também as diferentes formas de financiamento e organização assistencial, complexos jogos de poder corporativo-institucionais e conjuntos de valores e representações sociais dos próprios usuários dos serviços hospitalares.

Os eixos estruturantes da reforma da atenção hospitalar são a garantia de acesso igualitário a serviços de qualidade, humanizados, inseridos nas redes locais e regionais do SUS, com gestão pública e democrática.

Para tanto, propõe-se como instrumento de pactuação o Contrato de Gestão, visando garantir os eixos citados, com base em metas e indicadores que possam ser monitorados de modo claro e transparente por todos os atores envolvidos, tendo como contrapartida novas formas de financiamento, não mais pela simples produção de procedimentos e sim pelo cumprimento do que foi pactuado através da contratualização.

HOSPITAIS DE ENSINO

São hoje responsáveis por, aproximadamente, 26% dos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI) da rede pública e por 40% do atendimento alta complexidade; e por mais de 12% de todas as internações.

Até junho de 2006, cerca de 200 instituições haviam solicitado certificação como Hospitais de Ensino, primeiro passo para sua contratualização. Desses, 127 já foram certificados, 82 celebraram contratos e os demais estão em processo de negociação ou assinaram Termos de Ajuste. Dezessete unidades hospitalares não foram certificadas como Hospitais de Ensino.

As metas e indicadores do contrato de gestão devem ser acompanhados e atestados por Conselho Gestor ou Comissão de Acompanhamento com participação de gestores, estudantes, docentes e usuários. Ao estabelecer o convênio, o Ministério da Saúde incorpora ao limite financeiro do Município ou Estado, a depender da gestão, o recurso referente ao incentivo de contratualização, o que representa, para 2006, um acréscimo de R$ 270,3 milhões

HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Reestruturação, contratualização e pagamento global. São 1431 os hospitais de pequeno porte no Brasil (menos de 30 leitos), geralmente o único serviço hospitalar de 1.353 Municípios, a maioria com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), atendendo cerca de 16,5 milhões de habitantes. Hoje, 365 hospitais de pequeno porte, em nove estados, já integram a política nacional, para atender uma população de cerca de 4 milhões de pessoas. Outros três Estados já formalizaram o Termo de Adesão, totalizando 668 propostas, o que equivale a 46% dos hospitais com capacidade de cumprir os pré-requisitos.

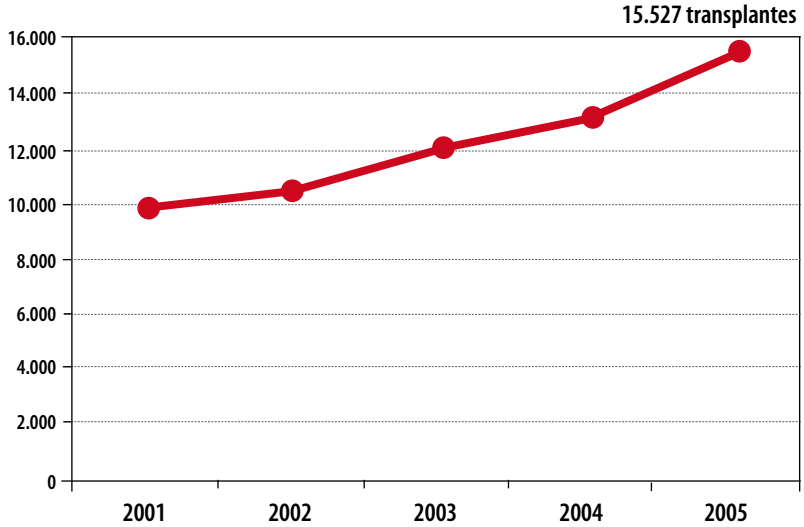
Transplantes

O SUS tem o maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.349 equipes médicas autorizadas, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente em 25 Estados.

A implantação do novo sistema informatizado do SNT na Internet permite maior transparência e controle social. A criação de câmaras técnicas e mudanças nos critérios de acesso, como no caso dos transplantes de fígado, bem como a realização de fóruns, abertos à sociedade civil, possibilitam mais democracia e eqüidade.

Em 2005, foram realizados
15.527
transplantes de órgãos e tecidos: um aumento de 37% em relação a 2002.

Total de transplantes no Brasil entre 2001 e 2005



Fonte: MS, SAS, DAE, SNT

Você sabia?

- O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostra que existem 1.690 hospitais filantrópicos no Brasil, respondendo por 157.570 leitos, mais de 120 mil mantidos pelo SUS.
- O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos já envolve mais de 800 instituições em todo o País, com pagamento global pelo cumprimento de metas, acompanhadas e fiscalizadas por conselhos gestores ou comissões de acompanhamento dos contratos.
- A Política de Internação Domiciliar pelo SUS, após um longo processo de debates e uma pesquisa nacional, foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- Nos últimos três anos e meio, o Ministério da Saúde credenciou 3.054 leitos novos de UTI e reclassificou mais 860 leitos, ampliando número e qualidade.
- O BrasilCord, rede de bancos públicos de sangue de cordão umbilical, está sendo implantado em 6 regiões do País, buscando cobrir a diversidade genética da população. Além da autosuficiência nacional para transplantes de medula óssea, trás maior rapidez e melhores resultados para os pacientes

Para saber mais

Textos, Normas e Portarias podem ser encontradas a partir do Portal do Ministério da Saúde:

www.saude.gov.br

Conheça a publicação "Atenção Especializada em Saúde no Brasil: Indicadores e Tabelas Selecionados", com informação sobre capacidade instalada, produção de serviços e recursos por Estado (e por Municípios, na versão eletrônica) em: www.saude.gov.br > secretarias > SAS > DAE, ou contate a Secretaria.

ACESSE!

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Uma Sociedade em Mudança

"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."

Constituição Federal da República, de 1988, Artigo 196, seção II, da Saúde.

Há muito sabemos que saúde e doença, longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, organiza-se e produz.

As profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, têm levado a profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde.

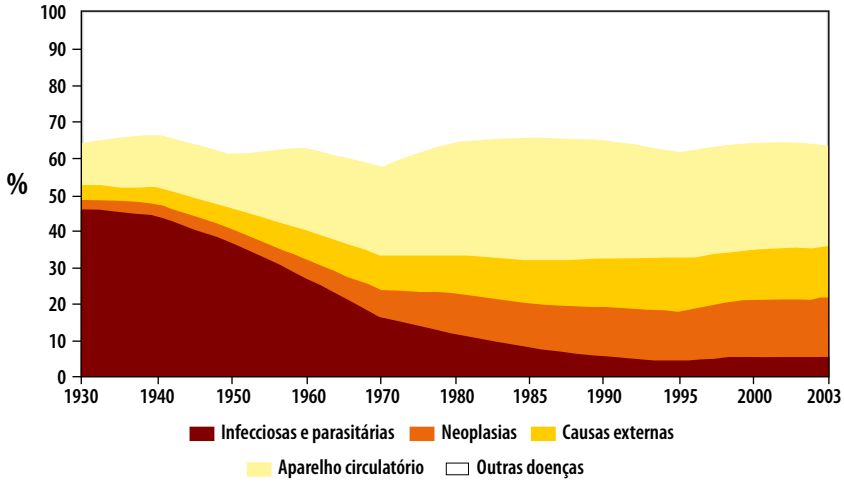
Desse modo – afora as desigualdades e iniqüidades regionais, urbanas e rurais, intra-urbanas e intra-rurais – os problemas de saúde, sua valoração social e gravidade também se distribuem desigualmente, entre mulheres e homens, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais, em meio a processos muitas vezes contraditórios, em permanente mudança.

Considerados aqui os problemas na dimensão coletiva, fica claro que sua superação não é possível apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica. Seu enfrentamento necessita da ação da Saúde Coletiva, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, do trabalho interdisciplinar, em equipe, da ação intersetorial.

Que apenas são possíveis com a participação e a luta social.

Um Novo Perfil Epidemiológico

Mortalidade proporcional entre 1930 e 2003 nas capitais brasileiras



Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais
Fonte Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 pp. 293

1930

Cerca de 50% das mortes no Brasil eram por doenças infecciosas ou parasitárias. As causas externas correspondiam a 3%, as neoplasias a 3% e as doenças do aparelho circulatório a 12%.

2003

As doenças infecciosas e parasitárias respondem por 5,2% das mortes. As violências por 13,5%, as neoplasias por 16,2% e as doenças do aparelho circulatório por 28,4%.

As 10 causas líderes de morte. Brasil, 2004

Ranking	Causa	CID-10 [a]	Número	%	Mortalidade [b]
1º.	Cerebrovasculares (acidentes vasculares cerebrais, isquêmicos, hemorrágicos e outros)	I60-I69	90.930	10,14	50,77
2º.	Infarto agudo do miocárdio e doenças isquêmicas do coração	I20-I25	86.791	9,67	48,46
3º.	Agressões	X85-Y09	48.374	5,39	36,56
4º.	Diabetes *mellitus*	E10-E14	39.251	4,38	27,01
5º.	Pneumonias	J10-J18	37.607	4,19	21,91
6º.	Acidentes de transporte	V00-V89	35.674	3,98	21,00
7º.	Doenças Hipertensivas	I10-I15	30.850	3,44	19,92
8º.	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas	J44	30.260	3,37	17,22
9º.	Insuficiência cardiaca, complicações e doenças mal definidas do coração	I50-I51	27.583	3,07	16,89
10º.	Cirrose e enfermidades não infecciosas do fígado	K70-K76	22.494	2,51	15,40
	TOTAL DE MORTES COM CAUSA DEFINIDA		897.151	100,00	500,90

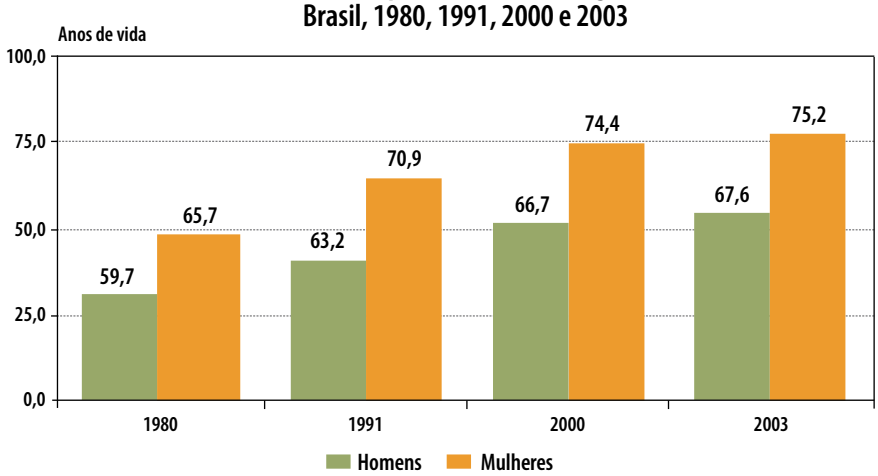
a) Códigos da CID10 – Classificação Internacional de Doenças
b) Taxa padronizada de mortalidade, por 100 mil hab.
Fonte: MS, SVS; OPAS

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Mudanças Demográficas

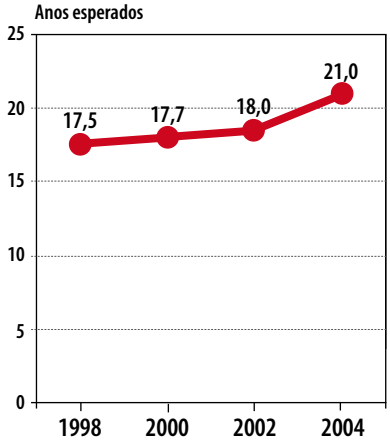
AUMENTA A EXPECTATIVA DE VIDA AOS 60 ANOS DE IDADE

Tendências da expectativa de vida segundo sexo. Brasil, 1980, 1991, 2000 e 2003



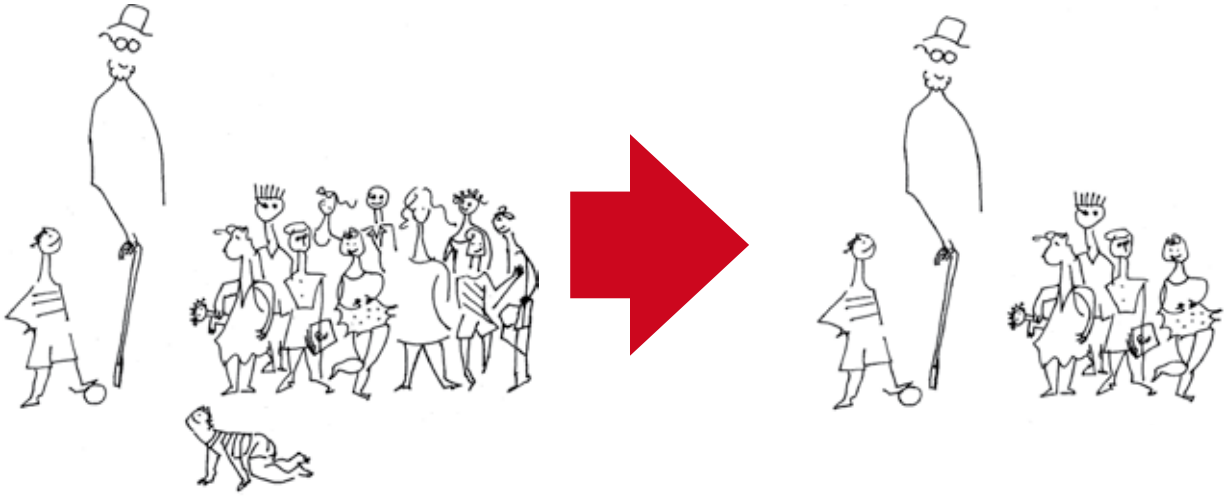
Fonte: IBGE/DPE/Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica

Esperança de vida aos 60 anos de idade. Brasil, 1998 - 2004



Fonte: IBGE, Pnad

A POPULAÇÃO ENVELHECE



1981
6 idosos para cada
12 crianças até 5 anos

2004
6 idosos para cada
5 crianças até 5 anos

DIMINUI A FECUNDIDADE

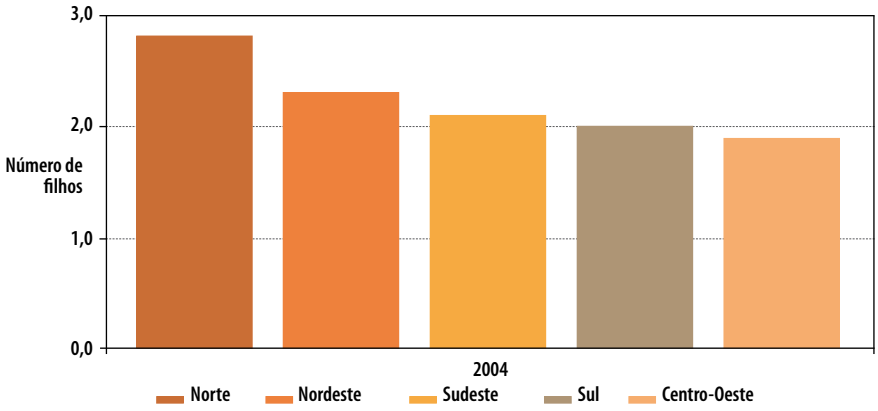
Número de filhos por mil mulheres, 1970 a 2000

Grupos de idade	1970	1980	1991	2000	Variação (%) 1970 a 2000
15 - 19	74,8	79,8	76,9	85,1	+ 14
20 - 24	254,6	213,1	163,7	145,8	↓ 43
25 - 29	295,0	226,0	148,2	117,6	↓ 60
30 - 34	242,9	173,1	93,9	69,8	↓ 71
35 - 39	131,2	117,0	47,3	34,4	↓ 74
40 - 44	35,0	53,7	17,2	10,6	↓ 70
45 e +	22,3	10,8	3,1	1,5	↓ 93

Fonte: IBGE, Censos

Fecundidade cai para 2,1 filhos por mulher em 2004

Número de filhos por mulher, por Região. Brasil, 2004



Fonte: IBGE, PNAD

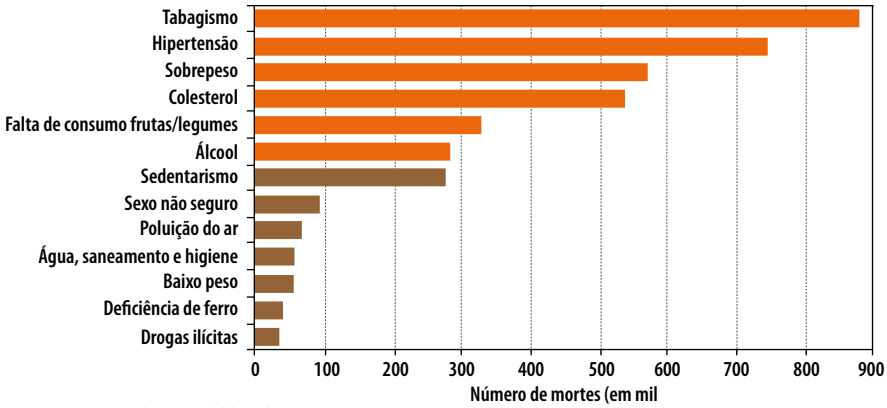
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Mudanças no Modo de Vida

Os pobres fumam mais

NOVOS RISCOS

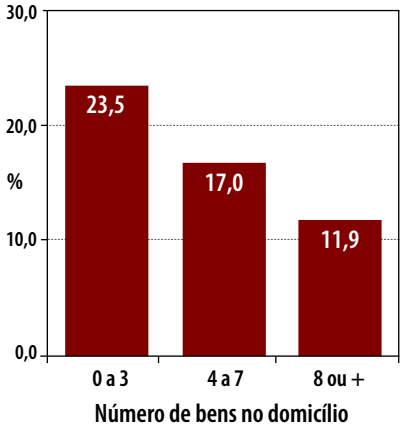
Principais fatores de risco e mortes atribuíveis nas Américas, 2000



Fonte: OMS, WHR 2002 - Relatório Mundial da Saúde

TABAGISMO

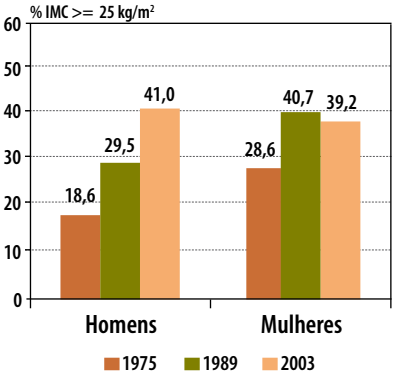
Percentual dos que fumam diariamente, por número de bens



Fonte: Pesquisa Mundial Saúde / Brasil 2003

SOBREPESO

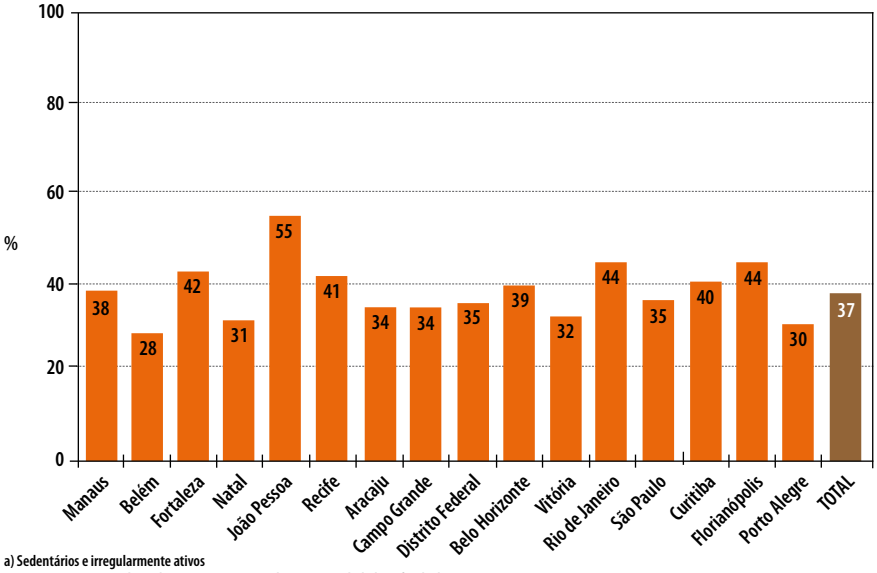
Tendência secular do excesso de peso no Brasil



a) IMC – Indice de Massa Corporal
Fonte: MS, SVS, *apud* Monteiro, 2005

INATIVIDADE FÍSICA

Prevalência de inatividade física [a] em adultos de 15 capitais e do Distrito Federal. Brasil, 2002 - 2003



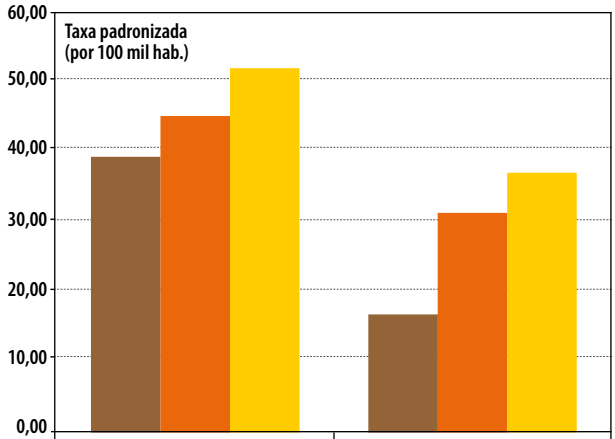
a) Sedentários e irregularmente ativos
Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, 2002-2003, MS, Inca, 2004

VIOLÊNCIA

Em 2004, 48.374 pessoas foram assassinadas no Brasil, ou seja, 132 homicídios por dia. Os homens são as maiores vítimas, 92 mortes em cada 100.

O risco do homem morrer por homicídio é bem maior do que na mulher, 12 vezes. Em 2004, a chance de um homem negro morrer por homicídio é 1,9 vez maior do que no homem branco. Na mulher negra é 1,4 vez maior que na mulher branca. Em 2004, o risco diminui entre os homens negros e, entre as mulheres negras, permanece praticamente estável. Para os homens brancos, o risco segue com diminuição a partir de 2002; para as mulheres brancas, diminui a partir de 2003.

Taxa de homicídios (por 100 mil hab.) segundo raça/cor e escolaridade na faixa etária de 15 a 59 anos. Brasil, 2003



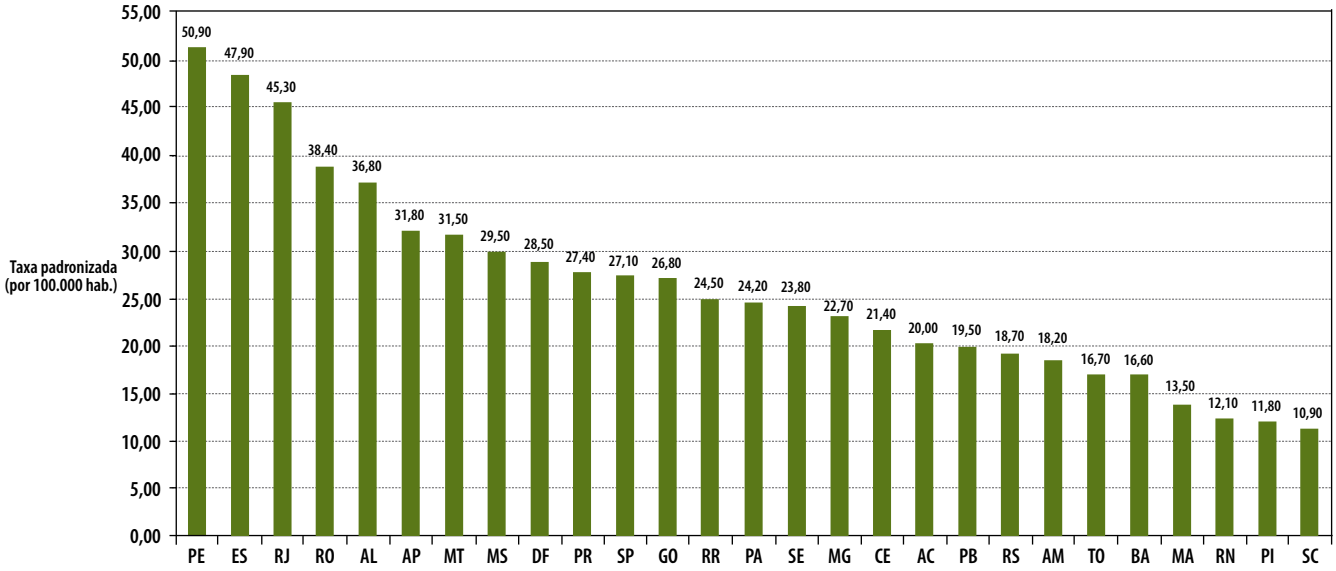
	Menos de quatro anos de estudo	Mais de quatro anos de estudo
Branca	39,07	16,70
Parda	44,65	30,85
Preta	51,59	36,97

Fonte: MS, SVS, Saude Brasil 2005

BRASIL URBANO:

83% da população brasileira vive nas cidades em 2004

Taxa de homicídios (por 100 mil hab.) por Estado. Brasil, 2004 [a]



a) População-padrão Brasil 2000

Fonte: MS, SVS

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Pelo direito à vida

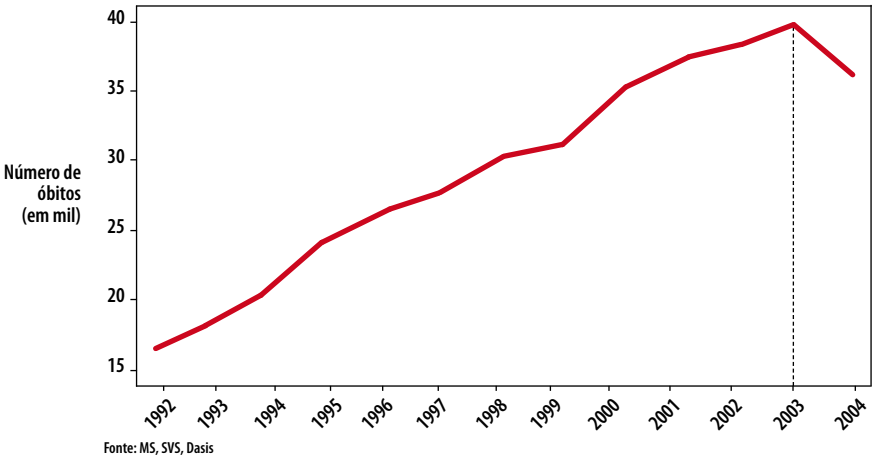
Estudos do Ministério da Saúde comprovaram uma diminuição de 3.247 mortes por armas de fogo em 2004, em relação direta com o Estatuto do Desarmamento e a Política Nacional de Recolhimento de Armas, invertendo uma tendência de 15 anos de crescimento.

Após o advento do Estatuto do Desarmamento e o recolhimento de armas, diminuiu em 4,6% o número de internações por armas de fogo no Brasil – atingindo níveis superiores a 10% em capitais como o Rio de Janeiro.

Entre 1990 e 2000, ocorreram mais de 400 mil mortes por homicídio no País, das quais 70% por armas de fogo, número que veio crescendo a cada ano.

Em 2003, ocorreram 39.325 mortes por armas de fogo no Brasil, 108 por dia, 9 mortes a cada 2 horas, uma morte a cada 14 minutos.

Óbitos por arma de fogo.
Brasil, 1992 a 2004



Os homicídios por arma de fogo são a principal causa de morte entre jovens e adultos até 39 anos no Brasil; maior que os acidentes de trânsito.

As mortes por arma de fogo exterminam nossos jovens, especialmente do sexo masculino, pobres e moradores das periferias.

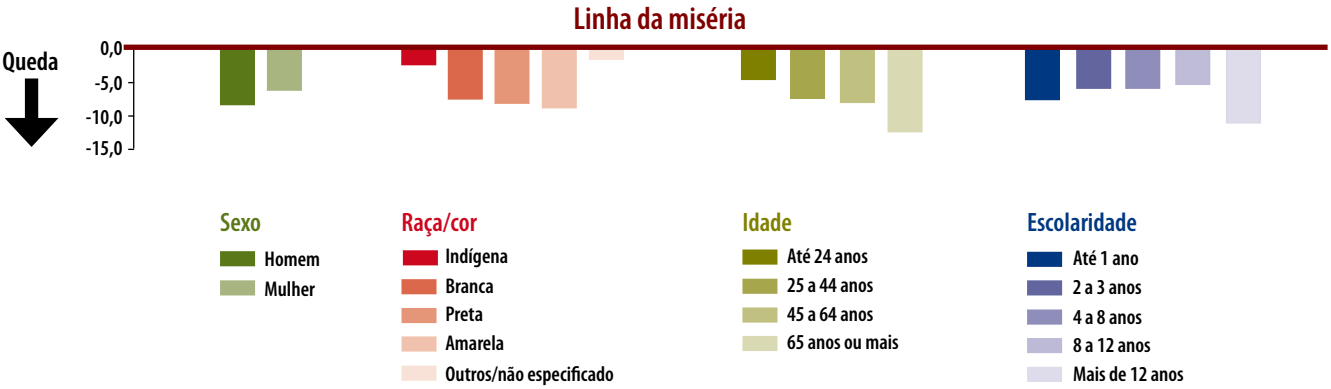
A proporção de jovens adultos mortos por armas de fogo cresceu de 7,9% em 1979 para 34,4% em 2003, passando a responder por uma morte em cada três, conforme dados do Programa das Nações Unidas para Educação, Cultura (UNESCO).

O impacto da violência, do sofrimento, das seqüelas e das mortes por armas de fogo tornaram-se uma questão de Saúde Pública e de luta pelo direito à vida no Brasil.

Mudanças nas Condições de Vida

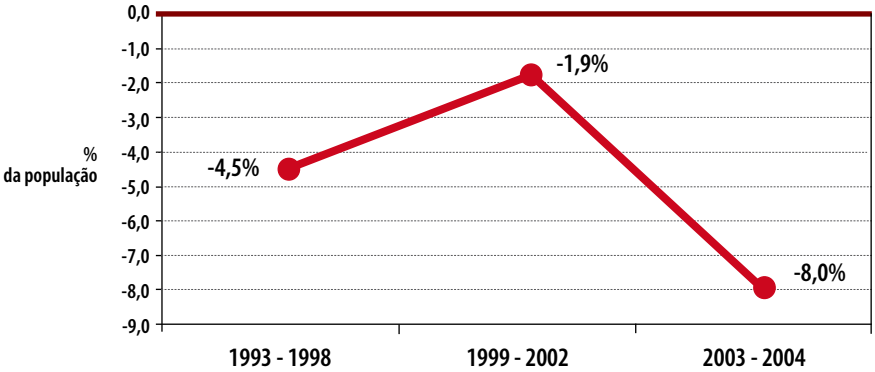
MISÉRIA EM QUEDA

Diminuição da miséria por gênero, raça, idade e escolaridade. Brasil, 2003-2004



Fonte: FGV, IBRE, CPS processando os microdados da PNAD/IBGE

Percentual de redução da população abaixo da linha da miséria. Brasil, 1993 a 2004



Miséria cai 8% em um ano

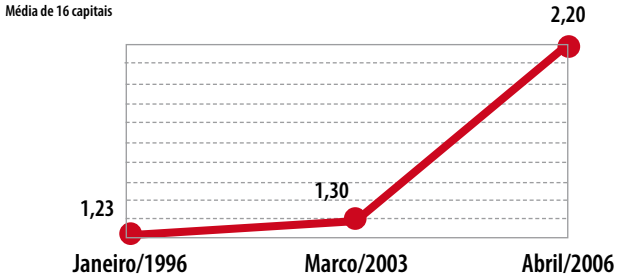
Fonte: FGV, Centro de Política Sociais da FGV

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

SALÁRIO

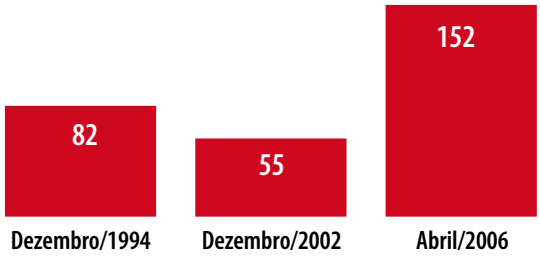
15 milhões de aposentados e 25 milhões de trabalhadores ativos recebem o piso de 1 salário mínimo

Valor do salário mínimo/número de cestas básicas



Fonte: Ministério do Trabalho

Valor do salário mínimo em US$

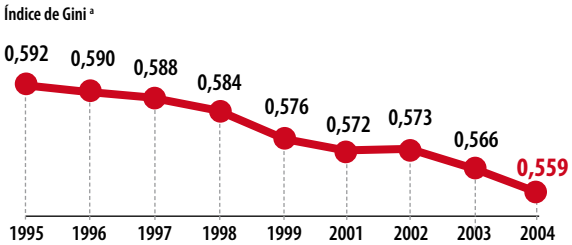


Fonte: IBGE, INPC

Índice de Gini

Mede a concentração de riquezas: quanto menor o valor do índice, mais igualitária é a distribuição.

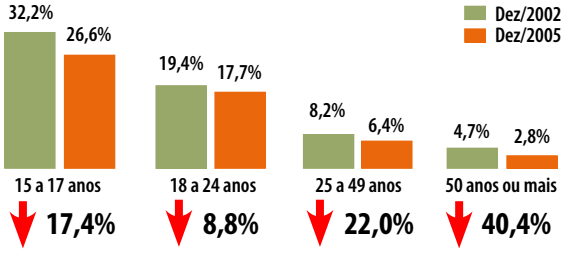
Grau de desigualdade



Fonte: IBGE, PNAD 2004

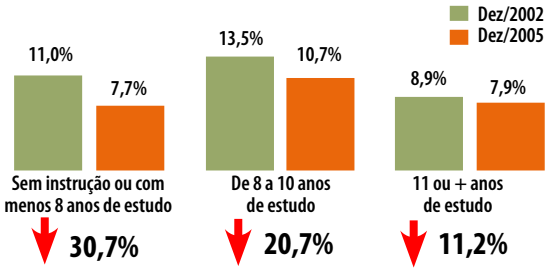
EMPREGO

Queda de desemprego por faixa etária



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Emprego

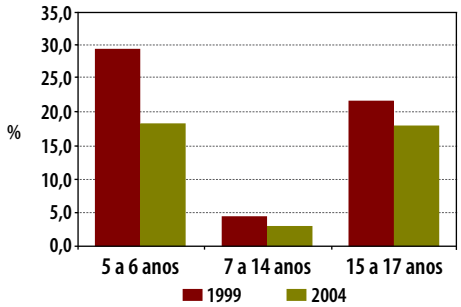
Queda de desemprego por escolaridade



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Emprego

EDUCAÇÃO

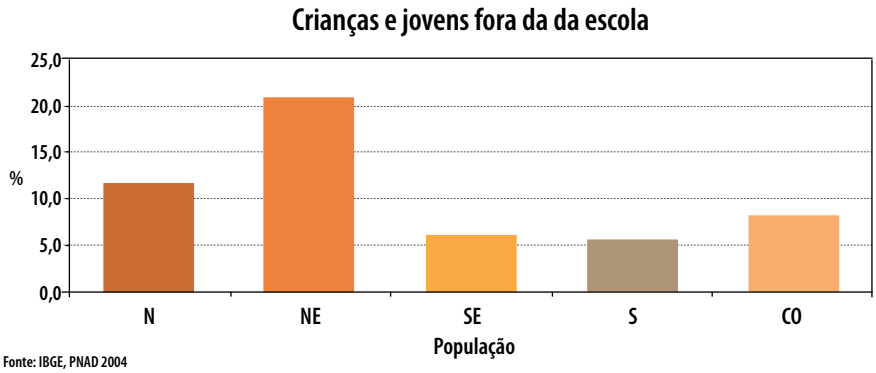
A taxa de analfabetismo foi de 10,5% em 2004 e está em queda



Fonte: Ministério da Educação

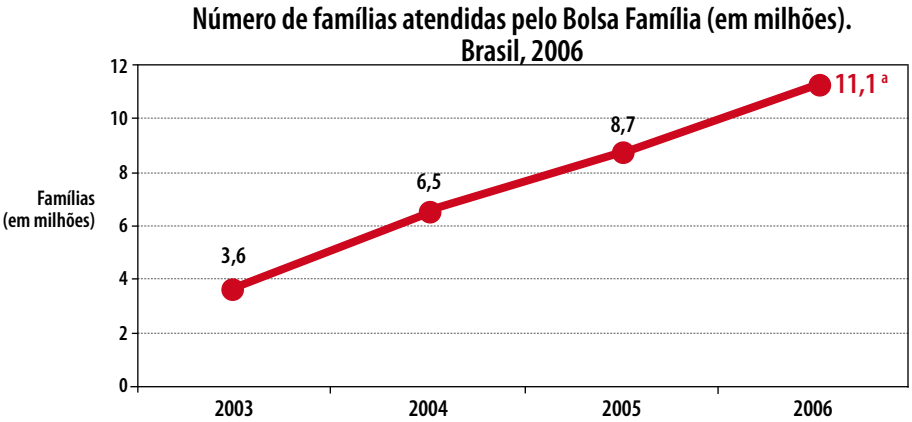
Idade (anos)	1999	2004	↓
5 - 6	29,0	18,2	-37%
7 - 14	4,3	2,9	-30%
15 - 17	21,5	17,8	-17%

Houve melhora acentuada dos indicadores educacionais nos últimos 5 anos. A média de anos de estudo, em alta, foi de 6,6 anos para as pessoas com mais de 10 anos de idade: 5,3 anos no Nordeste e 7,3 anos no Sudeste.



Fonte: IBGE, PNAD 2004

BOLSA FAMÍLIA

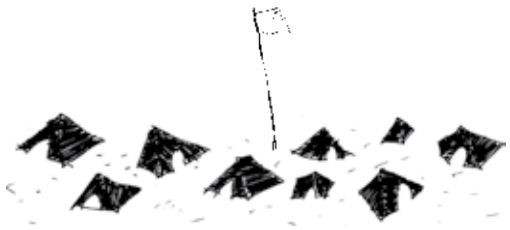


Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

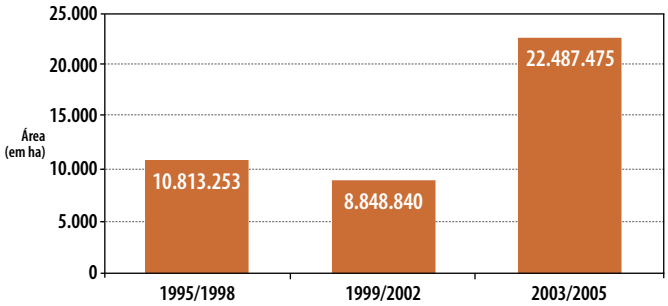
11,1 milhões
de famílias beneficiadas

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

REFORMA AGRÁRIA



Área destinada à reforma agrária, em hectares



Fonte: MDA, INCRA

TRABALHO INFANTIL

Percentual de crianças trabalhando no Brasil

Idade	1995	2004	↓
5-9	2,4	1,5	37,50%
10-14	14,9	9,5	36,24%
15-17	34,5	30,5	11,60%

Fonte: IBGE

TELECOMUNICAÇÕES

Domicílios com telefone, computador e Internet

É interessante notar que, entre 2003 e 2004, o número de moradias que utilizam apenas telefone celular aumentou 51%. Também em um ano, houve um incremento de 11% no total de domicílios com acesso à Internet. A proporção de casas com computadores alcançou 16,6%, das quais 12,4% conectadas à Internet.

Equipamentos	2001	2004
Computadores	12,6	16,6
Internet	8,6	12,4

Fonte: IBGE, PNAD 2004

SANEAMENTO E CONDIÇÕES DE VIDA

A PNAD/IBGE mostra que, em 2004, 31,1% das moradias não tinham esgotamento sanitário adequado (nada de esgoto ou fossa sanitária). No mesmo ano, 17,8% dos domicílios não estavam ligados à rede geral de água, 15,2% não contavam com coleta de lixo, 34,6% não tinham telefone e em 3,2%, não havia iluminação elétrica.

Os dados apontam uma melhoria em relação a 2003, com o crescimento de 3,5% de esgotamento adequado em apenas um ano e revelam melhoria contínua nas condições sanitárias do País. No caso da energia elétrica, em apenas cinco anos, o percentual de domicílios sem luz caiu à metade (de 5,2% para 2,6% em 2004).

Saúde da Família diminui mais a mortalidade infantil do que o saneamento básico e leitos hospitalares

Pesquisa realizada pela SVS/MS, em parceria com a Universidade de Nova York chegou a interessantes conclusões: entre 1990 e 2002 o PSF reduziu mais a mortalidade infantil do que o acesso a hospitais, o aumento do número de médicos ou a ampliação do acesso a água tratada.

Foram avaliados simultaneamente, buscando seus efeitos independentes, o PSF e indicadores socioeconômicos como acesso à água e esgoto, fecundidade, renda e escolaridade, além de outros próprios da saúde, como número de leitos, médicos e enfermeiros.

Cada 10% de aumento [a]		Altera a mortalidade infantil em:
na cobertura do PSF	➤	- 4,6%
no acesso a água potável	➤	- 2,9%
de leitos hospitalares	➤	-1,4%
no número de médicos	➤	- 0,2%
no analfabetismo feminino	➤	+ 6,8%

a) Independentemente de outros fatores
Nota: variáveis não significativas não são mostradas aqui
Fonte: James Macinko (NYU), Frederico C. Guanais (NYU) e Maria de Fatima Marinho de Souza (MS/SVS). Uma avaliação do impacto do PSF na mortalidade infantil no Brasil, 1990-2002. Brasília: MS/SVS, 2006

Manifesto da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde/OMS

Em grande medida, as profundas iniqüidades sanitárias, quer seja entre populações de países distintos, quer seja de um mesmo país, estão determinadas socialmente. Derivam das circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham. Temos os conhecimentos e os meios necessários para enfrentar essas iniqüidades, e a obrigação moral e social de fazê-lo. A maneira mais eficaz é valer-se das políticas sanitárias governamentais relativas aos determinantes sociais da saúde. A Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde, entidade de alto nível que atuará durante três anos, advogará pela introdução de mudanças nas políticas e práticas institucionais que permitam transformar os conhecimentos disponíveis em Saúde Pública em uma agenda mundial de trabalho viável. Com esse propósito, a Comissão reunirá dados sobre determinantes sociais nevrálgicos e sobre as políticas e intervenções conexas, e lhes dará notoriedade; e promoverá e prestará apoio à aplicação dessas políticas e intervenções pelos Estados Membros e atores nacionais, regionais e mundiais, incluída a Organização Mundial de Saúde.

Em 15 de março de 2006, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), composta por artistas, pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e personalidades da sociedade civil, com o mesmo propósito do manifesto ao lado. Informações e textos podem ser acessados, em português, na página da OPAS:

www.opas.org.br

METAS DO MILÊNIO

A Assembléia Geral das Nações Unidas, no ano de 2000, reunindo 191 países na Cúpula do Milênio, comprometeu-se a cumprir os seguintes OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO:

Até 2015,

Erradicar a extrema pobreza e a fome

Metas

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

Atingir o ensino básico universal

Meta

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

Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

Meta

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

Reduzir a mortalidade na infância

Meta

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

Melhorar a saúde materna

Meta

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

Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças

Metas

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

Garantir a sustentabilidade ambiental

Metas

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

Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Metas

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

PARA SABER MAIS

O que Está Disponível na Internet

BRASIL **Governo Federal** **www.brasil.gov.br**	Portal do Governo Federal, com notícias, informações e acesso a todos os Ministérios, Secretarias, Programas e Projetos.
OPAS **Organização Pan-Americana da Saúde** **www.opas.org.br**	Informações e atualidades, acesso a redes e ao boletim eletrônico, informativos e publicações. Acesso à Organização Mundial da Saúde e outras instituições.
BIREME **Biblioteca Virtual em Saúde/OPAS** **www.bireme.br**	Pesquisa e acesso eletrônico a textos, livros, revistas e artigos na área da Saúde, acesso às bases LILACS, SciELO, Cochrane e a outras bibliotecas virtuais temáticas. Fotocopiagem.
MS **Ministério da Saúde** **www.saude.gov.br**	Portal do Ministério da Saúde. Informações para usuários, trabalhadores e gestores, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos. Legislação, publicações e muito mais.
CNS **Conselho Nacional de Saúde/MS** **www.conselho.saude.gov.br**	Informação atualizada sobre o Conselho, conferências, lutas e atividades em curso. Boletins, jornais e publicações. Acesso ao Cadastro Nacional, pautas, deliberações e muito mais.
DATASUS **Departamento de Informação e Informática do SUS/MS** **www.datasus.gov.br**	Acesso interativo às principais bases de dados do Ministério da Saúde. Informações em saúde, produção ambulatorial e hospitalar, aplicativos, arquivos e publicações.
CADERNOS DE SAÚDE **DATASUS** **www.datasus.gov.br >**	Valem o caminho tortuoso. Dados de saúde, saneamento, financiamento, produção e mais, atualizados, por Região, Estado ou Município. Na página do Datasus > informações em saúde > indicadores de saúde > cadernos de saúde
BVS/MS **Biblioteca Virtual em Saúde/MS** **www.ministerio.saude.bvs.br**	Importante repositório de textos e publicações da área de saúde, com entradas para redes e bibliotecas virtuais, legislação federal, bases de dados, notícias e publicações.
MONITORAIDS **Programa Nacional de DST/Aids-MS** **www.aids.gov.br/monitoraids**	Excelente instrumento de monitoramento da epidemia, com indicadores socioeconômicos e epidemiológicos para o Brasil, macrorregiões e Estados. Boletins epidemiológicos, textos e informação.

RIPSA **Rede Interagencial de Informação para a Saúde** **www.saude.gov.br/ripsa**	Os Indicadores e Dados Básicos para Saúde (IDB) são os principais produtos da Ripsa, atualizados anualmente. Notícias e Informações sobre sua estrutura e funcionamento.
ABRASCO **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva** **www.abrasco.org.br**	Notícias e informação atualizada na área de Saúde Coletiva. Biblioteca e livraria. Boletins, revistas e livros. Relatórios e textos dos grupos de trabalho temáticos.
CGU **Controladoria-Geral da União** **www.portaldatransparencia.gov.br**	O Portal da Transparência permite ao cidadão acompanhar a execução orçamentária dos programas e ações do governo federal e os recursos transferidos a Estados e Municípios.
IPEA **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** **www.ipea.gov.br**	Informações socioeconômicas sobre o País, publicações, arquivos e biblioteca, estudos e pesquisas setoriais voltadas ao planejamento, monitoramento e avaliação das políticas.
IBGE **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** **www.ibge.gov.br**	Portal brasileiro da informação. Censos, estudos e pesquisas, que podem ser "baixados" pela Internet, sem custo. Informações sobre todos os Municípios e Estados. Mapas interativos. Biblioteca, loja virtual e muito mais.
DIEESE **Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos** **www.dieese.org.br**	Informações sobre emprego e desemprego, custo de vida, cesta básica, salário mínimo. Publicações, estudos e pesquisas, notas técnicas, indicadores, metodologias e cooperação técnica.
FGV **Fundação Getúlio Vargas** **www.fgv.br**	Pesquisas, bibliotecas e publicações. Indicadores econômicos.
IBASE **Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas** **www.ibase.br**	Notícias e informações, projetos e pesquisas sobre economia solidária, Fórum Social Mundial, monitoramento de políticas públicas, segurança alimentar, juventude e meio ambiente. Campanhas e acesso a outras redes.
RITS **Rede de Informações para o Terceiro Setor** **www.rits.org.br**	Notícias e informação sobre o Terceiro Setor. Textos e estudos sobre as áreas sociais. Legislação, iniciativas, metodologia de trabalho e de elaboração de projetos
DOMÍNIO PÚBLICO **Biblioteca Digital do Ministério de Educação (MEC)** **www.dominiopublico.gov.br**	Milhares de livros, vídeos, fitas de áudio e imagens de domínio público disponíveis, gratuitamente, pela Internet.

REFERÊNCIAS DE PUBLICAÇÕES

O SUS de A a Z

Objetiva propiciar aos dirigentes do SUS informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano das gestões locais.
MS e CONASEMS
Disponível no sítio: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/

BRASIL – o estado de uma nação

Desenvolvimento e inclusão social, hoje e no futuro, são os temas centrais desta publicação.

Ipea/Ministério do Planejamento

Indicadores e Dados Básicos 2004 Brasil

Ripsa

Saúde Brasil 2005 – uma análise da situação de saúde

Apresenta estudos sobre a situação de saúde da população brasileira, com ênfase nas desigualdades sociais.

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Doenças Infecciosas e Parasitárias

Dirigida aos profissionais de saúde que precisam obter, em sua prática do dia-a-dia, informações atualizadas sobre aspectos clínicos, epidemiológicos e medidas de prevenção e controle de doenças.

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Atlas de Saúde do Brasil

Permite conhecer a situação de saúde de seu Municiípio.
Publicação eletrônica. Acesse: www.saude.gov.br/svs/atlas

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Epidemiologia e Serviços de Saúde

Publicação trimestral do Sistema Único de Saúde do Brasil, de caráter técnico-científico, especializada em estudos de pesquisa do conhecimento epidemiológico para o aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS.

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

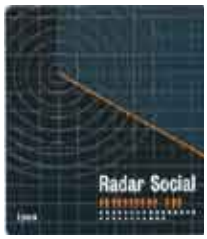
Série PACTO pela Saúde 2006

Volume 1
Diretrizes operacionais - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão

Volume 2
Regulamento - Pactos pela Vida e de Gestão

Volume 3
Regionalização

Volume 4
Política Nacional de Atenção Básica



Radar Social 2005

Dados demográficos e sociais do Brasil, desde a última década, e efeitos das políticas públicas.

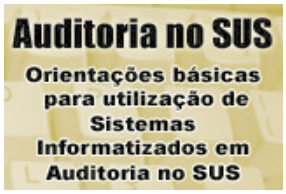
Ipea/Ministério do Planejamento

Orientações Técnicas sobre Aplicação de Glosas em Auditoria

Orientações Técnicas sobre Auditoria em Odontologia

Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS

Orientações básicas para utilização de Sistemas Informatizados em Auditoria no SUS



Publicação eletrônica, acesse
http://sna.saude.gov.br/publicacoes.cfm
Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria de Gestão Estratética e Participativa/MS

SIGLAS

ACD – Auxiliares de Consultório Dentário
BIRD – Banco Mundial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CGU – Controladoria-Geral da União
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional Secretários de Saúde
Dasis – Departamento de Análise de Situação em Saúde
Datasus – Departamento de Informação e Informática do SUS
Dema – Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Denasus – Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FGV – Fundação Getúlio Vargas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB – Indicadores e Dados Básicos
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
Inca – Instituto Nacional do Câncer
INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD/IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI – Programa Nacional de Imunização
PPI/VS – Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RM – Regiões Metropolitanas
RMM – Razão de Mortalidade Materna
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SEGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV – Tratamento anti-retroviral
TCG – Termo de Compromisso de Gestão
THD – Técnicos de Higiene Dental
UTI – Unidade de tratamento Intensivo

FICHA TÉCNICA

PAINEL DE INDICADORES DO SUS
Ano I – Número 1 – Agosto de 2006

Editor Geral
Antônio Alves de Souza (SEGEP/MS)

Editor Executivo
José João Lanceiro da Palma (Dema/SEGEP/MS)

Projeto Gráfico e Ilustrações
Ermenegyldo Munhoz Junior (Gyl)

Editores Associados
José Luiz Riani Costa (Dema/SEGEP/MS)
José Antônio Escamilla (OPAS/OMS)
Maria de Fatima Marinho de Souza (Dasis/SVS/MS)

Equipe de pesquisa
José João Lanceiro da Palma, coordenador (Dema/SEGEP/MS)
Sabrina Soneghet Baiôcco Silva (Dema/SEGEP/MS)
Carlos Antonio Coutrim Caridade (Dema/SEGEP/MS)
Maria do Carmo Gomes Kell (Dema/SEGEP/MS)
Acácia de Lucena Rodrigues (Dema/SEGEP/MS)

Consultores e colaboradores
Otaliba Libânio de Morais Neto (SVS/MS)
Miguel Malo (OPAS/OMS)
Gertrudes Cleide Mendes Rocha (SEGEP/MS)
Ana Maria Costa (SEGEP/MS)
Carlos Saraiva e Saraiva (SEGEP/MS)
José Ivo dos Santos Pedrosa (SEGEP/MS)
Amarilis Maria Muscari Riani Costa (SEGEP/MS)
Elias Jorge (DES/SCTIE)
Clementina Corah Lucas Prado (DES/SCTIE)
Vinicius Pawlowski Queiroz (SAS/MS)
Adauto Martins Soares Filho (SVS/MS)
Régilo André Regílio Guedes de Souza (SVS/MS)
Gessyanne Vale Paulino (SVS/MS)
Cassiana Montesião de Sousa (Ministério das Cidades)
Lucilene Dias Cordeiro (SVS/MS)
Roberto Soares Schlindwein (SAS/MS)
Walter Ramalho (SVS/MS)
Jacinta de Fátima Senna da Silva (SEGEP/MS)
Marli Mesquita (SVS/MS)
Tatiana Lionço(SEGEP/MS)
Esdras Daniel dos Santos Pereira (SEGEP/MS)
Osvaldo Peralta Bonetti (SEGEP/MS)
Karla Larica Wanderley (SAS/MS)
Rodrigo Rodrigues Miranda (SAS/MS)
Eliane Cortez Correa (SAS/MS)
Rita de Cássia Alencar da Silva (DES/SCTIE)
Jomar Rodrigues (DES/SCTIE)

Agradecimentos

A Edite Damásio da Silva, pelo carinho e esforço.

A toda a equipe da SEGEP, pelo apoio e companheirismo.

À equipe da OPAS, pela participação e apoio à consecução deste projeto.

À Diretoria de Gestão da SVS, em especial a Samia Nadaf de Melo e a Fabiano Pimenta, pelo apoio.

A Edmilson Oliveira da Silva, pelas contribuições.

A Edson Fogaça, pelo obséquio das imagens das Metas do Milênio.

Ao Núcleo de Informação do DAE/SAS, pelo esforço.

A todos que constroem e utilizam, em seu trabalho cotidiano, os sistemas de informação do SUS como instrumento em prol da Saúde Coletiva e da Justiça Social.

FALE CONOSCO

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício-sede, 4º Andar, Sala 403
70058-900 Brasília-DF

www.saude.gov.br/segep
E-mail: **segep.dema@saude.gov.br**