

SPainel

de indicadores do SUS Nº 3

Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Panorâmico

V.II

O Painel de Indicadores do SUS é distribuído gratuitamente.

Para recebê-lo, escreva ao

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar, Salas 412 a 414

70058-900 Brasília-DF

Para o endereço eletrônico: SGEP.dema@saude.gov.br

Ou à

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

SEN, Lote 19

70800-400 Brasília-DF

Caixa Postal: 08729

SUMÁRIO



APRESENTAÇÕES

4

EDITORIAL

7

EM DEFESA DO SUS

8



SUS: Conquista Social

8

O Pacto pela Saúde

10

Saúde da Família

12

Saúde Bucal

13

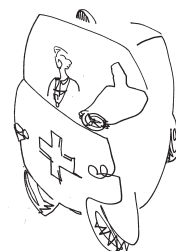


Assistência Farmacêutica

14

SAMU

15



DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

16

A Produção Social da Saúde e da Doença

16

A Transição Demográfica

16

Condições de Vida

18



A Transição Epidemiológica

22



NAScer



23

DE QUE ADOECE E MORRE O POVO BRASILEIRO

27

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis

27

Internações

32

Mortalidade dos 15 aos 59 Anos

32

Neoplasias

33

Doenças Transmissíveis

34

Mortalidade Infantil

41

Mortalidade Materna

42

O Aborto no Brasil

43

Violências e Causas Externas

44

Saúde no Envelhecimento

46

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

47

METAS DO MILÊNIO

50

NA INTERNET

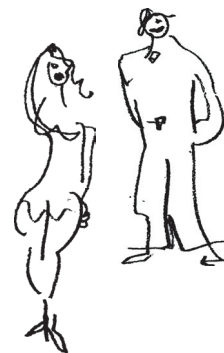
52

PUBLICAÇÕES

54

SIGLÁRIO

56



APRESENTAÇÕES

As principais prioridades de saúde no futuro serão determinadas pelas condições de vida da população, ligadas à situação social e econômica, razão porque o combate à pobreza constitui o primeiro objetivo de desenvolvimento do milênio. A concentração das populações com a conseqüente urbanização traz problemas de saúde como a violência, os acidentes e a contaminação ambiental. Os hábitos nocivos à vida estão modificando a freqüência das enfermidades, observando-se cada vez mais diabéticos, por exemplo. As mudanças climáticas, como o aquecimento global, as migrações internas e entre nações aumentam os riscos à saúde da população mundial.

Diante de um contexto difícil para o futuro, a autoridade sanitária deve continuar a ser reforçada. No caso do Brasil, esse reforço se dá sob a liderança do Sistema Único de Saúde, no âmbito de suas três instâncias, federal, estadual e municipal, as quais participam na tomada de decisões em saúde com uma forte presença da sociedade civil organizada. O princípio reconhecido da Saúde como um direito humano, a universalidade e integralidade na prevenção e a promoção e atenção mantêm seu caráter central na política sanitária brasileira, em sua busca do alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio e na luta contra as desigualdades.

A exemplo da publicação de maior relevância da OPAS, “Saúde nas Américas”, uma análise sobre a situação de Saúde nos países de nossa Região e os problemas que devemos enfrentar, o *Painel de Indicadores do SUS*, já em sua terceira edição, reafirma a missão de instrumento de informação e controle social, mostra-nos a evolução dos principais indicadores de saúde no Brasil e os desafios para a saúde da população no alvorecer do milênio.

Diego Victoria Mejía
Representante da OPAS/OMS no Brasil

Este número do *Painel de Indicadores do SUS*, terceiro da série e segundo de caráter panorâmico da Saúde no Brasil, vem consolidar esta importante iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP – do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS.

O Painel busca traduzir, em linguagem acessível, indicadores de interesse imediato para os que militam no setor Saúde, e, ademais, contribuir para a atuação dos Conselheiros Municipais e Estaduais, usuários, gestores e trabalhadores na formulação das políticas de saúde e no monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde, o SUS.

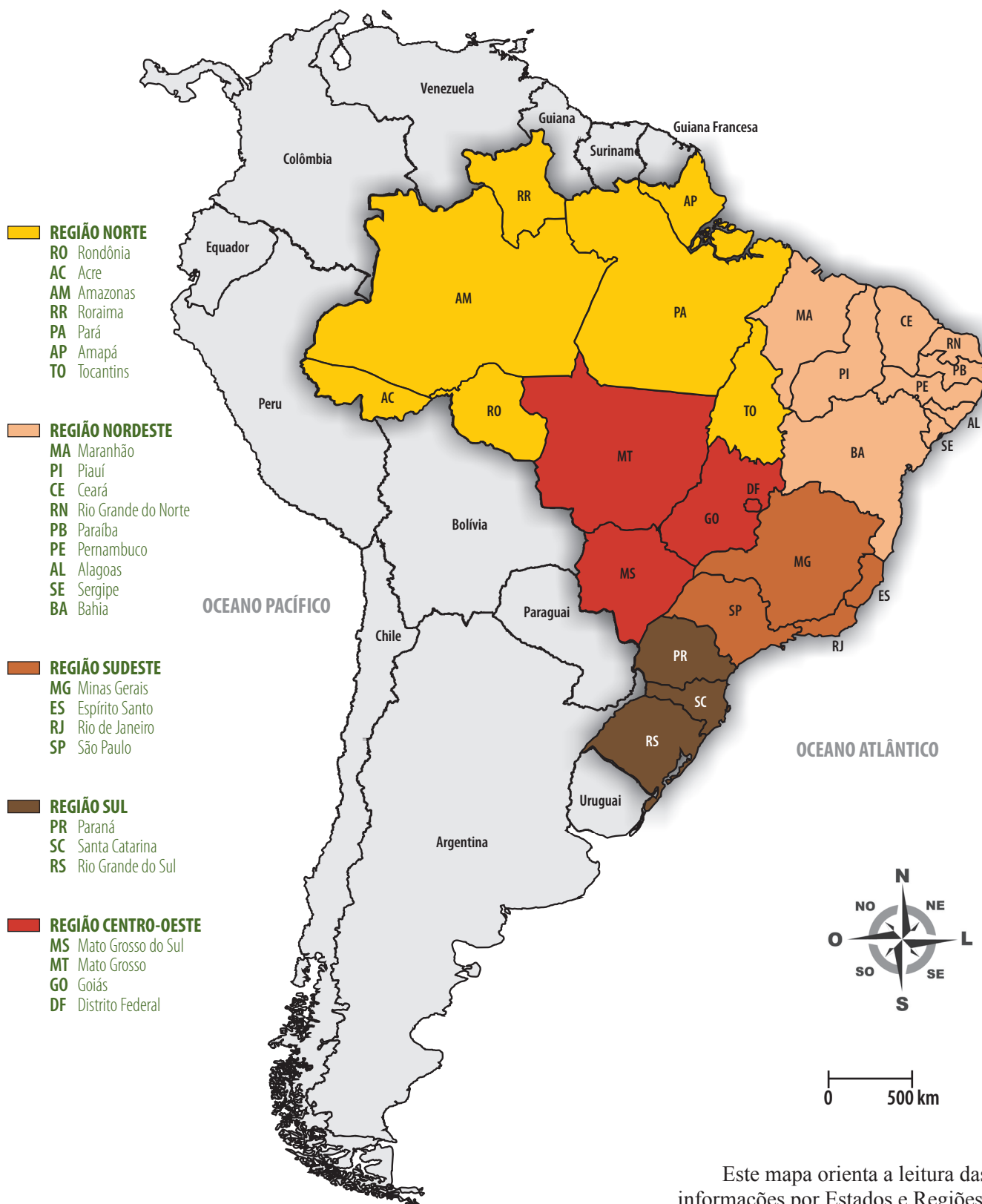
Quando assumi o cargo de Ministro da Saúde, uma de minhas primeiras iniciativas foi encaminhar exemplares do Painel de Indicadores do SUS a todos os dirigentes do Ministério, recomendando sua leitura. O Painel, além de seu público original, é adotado como material didático em cursos de graduação e pós-graduação em saúde, como instrumento de educação permanente de diferentes profissionais da área e, ademais, como manual técnico para as três esferas de gestão. Ao relacionar saúde e condições de vida, ele contribui para a formulação de outras políticas públicas, especialmente aquelas relacionadas aos determinantes e condicionantes da saúde, conferindo concretude ao texto final do Art. 3º da Lei 8.080/90: “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O lançamento da presente edição do Painel durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde confere-lhe um caráter excepcional, de “prestação de contas”, ao cumprir um dos objetivos principais das Conferências, que é o de avaliar a implementação da política de saúde. As informações aqui apresentadas podem contribuir, outrossim, para o processo de revisão do Plano Nacional de Saúde, especialmente na definição de suas diretrizes, outra grande missão das Conferências de Saúde.

A implementação do SUS enfrenta, diariamente, inúmeros desafios que exigem da sociedade brasileira vigilância e mobilização permanentes para sua superação. Gestores, trabalhadores, prestadores e usuários devem somar esforços para que o SUS continue conquistando vitórias, como nestes quase 20 anos, desde sua criação pela Constituição de 1988. A 13ª Conferência Nacional de Saúde, momento máximo da participação democrática no SUS, deverá passar à história como aquela que apontou novos rumos para esta importante política pública no Século XXI. Depende da maturidade de todos e todas para conduzir os trabalhos da Conferência a bom termo, concluir seus resultados e apontar possíveis desdobramentos futuros.

Boa leitura.

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde



EDITORIAL

É necessário registrar, inicialmente, o sentimento de realização ao concluir e trazer a público este número do *Painel de Indicadores do SUS*. Além de consolidar uma série editorial, a publicação cumpre um papel especial, ao ser lançada durante a etapa nacional da 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Como os mais de 3 mil delegados presentes à 13ª CNS provêm de todos os cantos deste imenso país, o Painel chegará, simultaneamente, à grande maioria dos Municípios, antecipando sua distribuição regular por correio para todos os Conselhos de Saúde, escolas da área da Saúde e organizações do movimento social.

A estrutura do Painel nº 3 tomou como fio condutor o tema central da 13ª CNS “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, detalhado em três eixos temáticos, como proposto no Termo de Referência elaborado por sua Comissão Organizadora.

A primeira parte do Painel guarda relação com o Eixo I – “Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento” –, ao apresentar a atual situação de saúde dos brasileiros e brasileiras e seus determinantes sociais: perfis epidemiológico e demográfico, riscos ambientais, inserção no trabalho e condições de vida.

A publicação ainda aborda diversos temas contemplados no Eixo II – “Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde” –, como a relação entre a situação de saúde e o modelo de atenção e as contradições entre necessidades e demandas da população e a capacidade de atendimento da rede de cuidados e serviços de saúde.

Finalmente, o Painel trata das questões contidas no Eixo III – “A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde”.

Cabe lembrar as palavras de Dona Francisca, personagem do filme “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”, símbolo de milhares de mulheres e homens que ajudam a construir o SUS:

“Ele é um projeto que traz o futuro dentro dele. E este momento, agora, é um momento em que tudo pode acontecer, é um momento de invenção, de criação. É o momento do SUS se renovar, de inventar a si mesmo, de ir além da Saúde e ajudar a transformar a sociedade”.

Antônio Alves de Souza
Secretário de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde

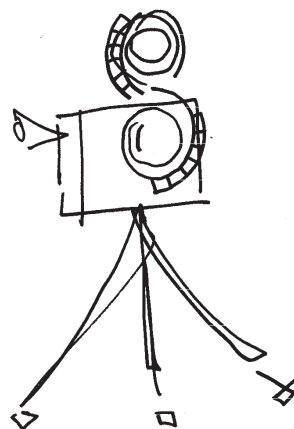


EM DEFESA DO SUS

SUS, CONQUISTA SOCIAL

As cenas finais do filme “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”, produzido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, sob direção e roteiro do cineasta Renato Tapajós, são a expressão viva da história e da voz de seus atores – e autores –, em permanente construção.

Eis a passagem final do roteiro:



Cena: reunião do movimento de saúde, à qual estão presentes participantes antigos, como Dona Francisca, e o Dr. Alberto.

Dona Francisca:

– Esta semana faz 20 anos da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde. Muitas de nós estávamos lá. Convidamos o Dr. Alberto (jovem sanitarista, apoiador do movimento) para falar dos avanços e dos problemas do SUS, numa conversa com a gente.

Dr. Alberto:

– Primeiramente, gostaria de dizer que estou muito feliz de estar aqui para conversar com vocês, que são parte da história do SUS ... O SUS, hoje, é parte do cotidiano de todos os brasileiros ... Desde as ações de saúde voltadas às populações ribeirinhas do Amazonas ao maior sistema de transplantes público do mundo (...) com experiências exitosas espalhadas por todo este País e que são referências internacionais (...)

... Desde a atenção à saúde até a promoção de pesquisas e novas tecnologias de ponta; da intervenção crítica na formação do profissional até a produção de insumos, vacinas, medicamentos. Desde as emergências até as ações de maior complexidade, prevenindo epidemias, fazendo vigilância, garantindo a qualidade da água, dos alimentos, dos remédios, intervindo em inúmeros aspectos do nosso cotidiano...

... O SUS é hoje a mais importante e avançada política social em vigência no país; sem dúvida nenhuma, porque é uma proposta pública, popular e democrática, que aponta para a justiça social...

Mulher que assiste à palestra:

– Puxa, Dr. Alberto, a gente fica até emocionada. Mas não é isso que a gente vê na TV e nos jornais...

Dr. Alberto:

– Pois é. As dificuldades são imensas. O orçamento é pouco, as necessidades muitas. Mas veja: o SUS atende a mais de 1 milhão de pessoas por dia. O IBGE, consultando mais de 380 mil pessoas, constatou que, de todas aquelas que procuraram serviços de saúde, 98% foram atendidas. Isso é impressionante. E olha que problemas não faltam!

Mulher que assiste à palestra:

– E que mudanças o senhor está notando nas políticas de saúde?

Dr. Alberto:

– O Pacto pela Saúde é um grande exemplo disso. Ele é uma revolução no modo de financiamento e nas responsabilidades dos gestores. São pactuadas metas a serem atingidas, que são medidas e acompanhadas por indicadores de saúde. Prioridades são pactuadas. Mecanismos de apoio acionados. Isso muda muita coisa. Vocês, conselheiros e conselheiras, têm de conhecer e acompanhar. E é nos Municípios que se desenvolvem as experiências mais interessantes.

Cena: hospital municipal

Documentarista:

– Doutor, o SUS já chegou a este hospital da prefeitura?

Médico do hospital:

– Claro, embora as condições estejam longe das ideais. Mas aqui nós conseguimos atender a toda população, garantindo seu direito à saúde. O hospital está se integrando à rede básica. Nossa gestão é participativa: nós temos um conselho gestor. Ao invés de ficar esperando as pessoas adoecerem, nós queremos intervir na saúde da população.

Cena: unidade básica de saúde de um bairro de periferia; Dona Francisca é abordada pelo documentarista ...

Documentarista:

– Dona Francisca, como vai?

Dona Francisca:

– Tudo bem...

Documentarista:

– A gente pode fazer outra entrevista com a Senhora, uma outra daquelas?

Dona Francisca:

– Claro!

Documentarista:

– Estamos aqui com Dona Francisca, que é militante do movimento de saúde há mais de trinta anos...

Dona Francisca:

– Eu tinha menos de trinta anos quando comecei a ir nas reuniões do movimento de saúde ... Lá pelos anos setenta...

... e se dirige ao espectador:

– Foi uma luta muito dura, principalmente para nós, moradores da periferia, gente nascida na pobreza. Mas valeu a pena. Valeu a pena porque o SUS, que nós construímos, é um projeto vitorioso, é uma conquista. É um dos maiores sistemas de Saúde Pública do mundo. Até seus adversários são obrigados a usar seu discurso para ir contra ele.

– Mas ainda há muito o que fazer. O SUS é mais do que apenas um projeto de saúde. O SUS é um projeto que traz toda uma possibilidade de mudar as coisas; mudar a forma das pessoas serem tratadas, de se tratarem a si próprias e aos demais, do governo tratar dos problemas do país. Ele é um projeto que traz o futuro dentro dele. E esse momento, agora, é um momento em que tudo pode acontecer, é um momento de invenção, de criação. É o momento do SUS se renovar, de inventar a si mesmo, de ir além da Saúde e ajudar a transformar a sociedade.

A História continua ...

O PACTO PELA SAÚDE

O PACTO PELA SAÚDE implica um conjunto de mudanças que deve ser compreendido em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O PACTO EM DEFESA DO SUS convida à participação da sociedade na defesa dos avanços e das conquistas alcançados desde 1988, quando da institucionalização do SUS na Constituição Federal, e faz valer seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação.

O PACTO DE GESTÃO consolida, para a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, um conjunto integrado de responsabilidades sanitárias relacionadas à descentralização, que passam pela regionalização, financiamento, planejamento, programação, regulação, gestão do trabalho, educação em saúde, participação e controle social, estabelecendo metas e diretrizes nacionais, estaduais e locais para esses processos de gestão.

O PACTO PELA VIDA concretiza uma agenda nacional de prioridades, articulando o trabalho dos governos federal, estaduais e municipais. São pactuadas metas a serem atingidas, monitoradas e avaliadas com base em indicadores de saúde. Prioridades são pactuadas e o processo tem de ser aprovado, acompanhado e avaliado pelos Conselhos de Saúde, a partir de cada Estado e Município. Um novo mecanismo de financiamento, fundo a fundo, tendo por base a avaliação das metas, faz parte do processo de mudança. Para 2006-2007, esta Agenda foi composta das seguintes prioridades:

saúde do idoso;

controle do câncer de colo de útero e da mama;

redução da mortalidade materna e infantil;

fortalecimento da atenção básica;

promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;

fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

Para o gestor federal, foram acrescentadas as seguintes prioridades do Conselho Nacional de Saúde:

saúde mental;

saúde do trabalhador; e

saúde da pessoa com deficiência.

De acordo com o estabelecido no regulamento do Pacto pela Saúde, os gestores devem avaliar sua implementação com vistas à revisão dos objetivos, metas e indicadores, sendo março o mês de referência para as três esferas de gestão.

No âmbito do Ministério da Saúde, um grupo permanente de trabalho, o GT de Monitoramento, é responsável pelo acompanhamento e análise dos indicadores pactuados. Os Conselhos de Saúde, em cada esfera do SUS, são fundamentais nesse processo.

PARTICIPE DESTA PACTO. O SUS AGRADECE.



Conferências de Saúde e Gestão Participativa

Ao falar das Conferências de Saúde, o primeiro pensamento que se tem é de que se trata de fenômeno recente. Engana-se quem pensa assim. As Conferências de Saúde acontecem há 66 anos: a 1ª Conferência Nacional de Saúde – CNS – data de 1941 e teve por tema “A situação sanitária e assistencial dos Estados”.

A 3ª CNS, de 1963, enfoca a “Descentralização na área da Saúde” e amplia seu espaço de discussão com os movimentos democráticos da Saúde. Nesse momento, o centro da questão encontra-se na inserção da Saúde no programa de reformas em curso no Governo João Goulart. Nesse período, já se propõe a construção de um sistema de saúde de caráter público e popular com base nos Municípios, respeitando suas realidades sociais.

Sob a ditadura militar, as Conferências assumem um caráter mais tecnocrático e menos participativo, do ponto de vista da representação da sociedade organizada, embora tensionadas por contradições internas e pelo ressurgimento dos movimentos sociais. No despontar desse novo contexto e no esteio do processo que levaria ao fim da ditadura, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, sob o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado”, pela primeira vez na história, conta com ampla participação popular. A 8ª CNS constitui um marco definitivo para as mudanças da Saúde no Brasil, ao aprovar as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Impulsionada pelos resultados e impacto da Conferência de 1986 na sociedade, uma grande mobilização nacional pressiona a Assembléia Constituinte para inserir na Carta Magna o modelo defendido e aprovado pelos movimentos sociais.

A Lei nº 8.142/90, que completa a Lei nº 8.080/90 na regulamentação da Constituição Federal de 1988, consagra as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas de participação dos movimentos sociais organizados, entidades ligadas à área da Saúde, dos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde. As Conferências são reconhecidas por sua missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional.

Em 2003, a 12ª CNS debate dez eixos temáticos que orientam o Plano Nacional de Saúde e garantem a democratização do Conselho Nacional de Saúde.

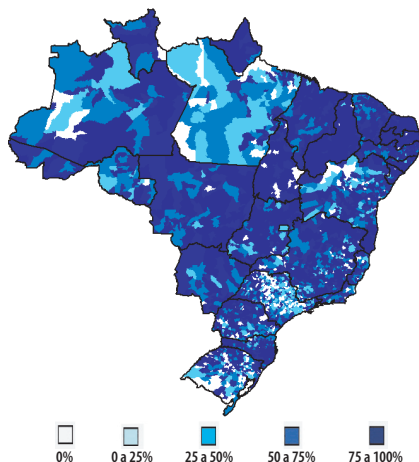
Em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde escreve mais um capítulo da história do SUS. Com o objetivo de avaliar os 20 anos do Sistema Único de Saúde e seus principais problemas e desafios, a 13ª CNS propõe soluções para que o SUS se consolide como uma política de Estado, sem oscilações em seu funcionamento decorrentes das mudanças de governo. Sua intenção é, também, construir uma agenda de ações que levem a essa consolidação do Sistema, garantindo qualidade de vida para a população. Antes de chegar à etapa nacional, realizaram-se quase 4.500 Conferências Municipais, que elegeram delegados para as 26 Conferências Estaduais. Estas, juntamente com a do Distrito Federal, elegeram mais de 2.600 delegados – 50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde –, que, somados aos delegados das entidades e instituições nacionais, totalizam os mais de 3 mil delegados presentes à 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Conheça mais sobre a história das Conferências de Saúde:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506



SAÚDE DA FAMÍLIA

Porcentagem de famílias atendidas pelas equipes do PSF por Municípios, em julho de 2007



PSF já cobre 88 milhões de pessoas

A estratégia Saúde da Família – PSF –, além de garantir o direito de acesso aos serviços, visa reorientar as práticas de saúde pelo estímulo a ações de promoção e prevenção, reconhecendo os territórios sociais onde se produzem as doenças. Nessa busca da construção de novas práticas, as equipes de Saúde da Família, os gestores e a participação social têm papel central.

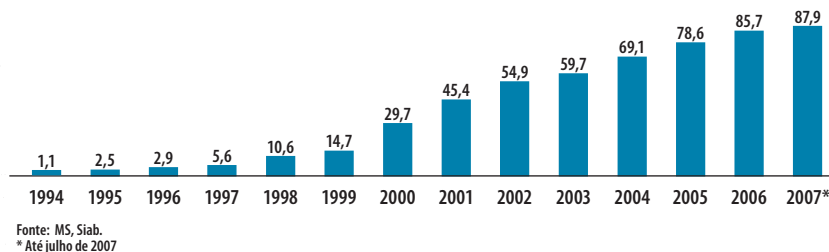
Com 27.454 equipes presentes em 5.131 Municípios e um impacto decisivo na melhoria dos indicadores de saúde, a cobertura do PSF já atinge 87,9 milhões de pessoas, con-

forme dados do SIAB/MS, de julho de 2007.

Cerca de 220 mil agentes comunitários de saúde – ACS – encontram-se distribuídos em 5.313 Municípios, cobrindo cerca de 110,8 milhões de pessoas.

A cobertura do PSF varia com o tamanho do Município: 88% nos menores de cinco mil habitantes; 61% nos menores de 50 mil; e 28% nos maiores de 500 mil. Nas cidades com mais de 100 mil habitantes, o Programa de Apoio à Saúde da Família (Proesf) vem promovendo importante aumento dessa cobertura.

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



Cobertura por agentes comunitários de saúde chega a mais de 110 milhões de brasileiros e brasileiras.

Para saber mais:

Em www.saude.gov.br > saúde da família você encontrará notícias e informações sobre o PSF e o PROESF, além dos Cadernos de Educação Básica e outras publicações, legislação e políticas.

ACESSE

Você sabia?

- Em 2006, o governo federal destinou R\$5,7 bilhões ao PSF.
- Mais equidade: comunidades quilombolas – remanescentes de antigos quilombos –, assentamentos rurais da reforma agrária e Municípios de pequeno porte com IDH menor ou igual a 0,7 recebem 50% a mais do valor repassado para cada equipe de PSF.
- Pesquisa do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Nova York demonstrou que, para cada 10% no aumento de cobertura do PSF, há uma queda de 4,6% na mortalidade infantil, independentemente de outros fatores.

SAÚDE BUCAL

PELO DIREITO DE SORRIR!

Saúde Bucal alcança 78 milhões de pessoas

O período atual vem sendo marcado por um firme crescimento das ações de saúde bucal pelo SUS, em todo o país. Quase 16 mil equipes de Saúde Bucal fazem-se presentes em 4.416 Municípios, para, mediante a estratégia Saúde da Família, o PSF, cobrir 78 milhões de pessoas.

Também foram criados 571 Centros de Especialidades Odontológicas, os CEO, visando garantir o direito de acesso a procedimentos mais complexos; e para pacientes com necessidades especiais, pro-

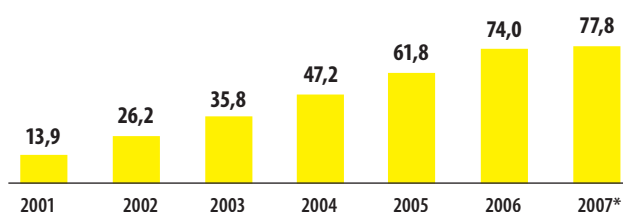
movendo a integralidade na assistência. Trata-se de um investimento importante, especialmente em um país com 10 milhões de pessoas sem dentes nem dentaduras, que registra mais de 3,5 mil óbitos anuais por câncer de boca e um setor público que, durante séculos, foi omissivo ou limitou-se, muitas vezes, à promoção de práticas mutilatórias e abandono da prevenção e da saúde bucal coletiva. Esta que, agora, encontra-se no centro da política pública para o setor.

Você sabia?

- Pesquisas mostram que a fluoretação da água potável pode reduzir em até 60% a incidência de cárie.
- A Política Nacional de Saúde Bucal preocupa-se com o excesso ou falta de flúor na água tratada. Ela monitora sua quantidade, tanto nas estações de tratamento como nas pontas de rede, onde a carência costuma ser maior.
- A política de formação e incorporação pelo SUS dos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e dos Técnicos em Higiene Dental (THD) vem aumentando significativamente a qualidade e a extensão de cobertura das ações de saúde bucal.

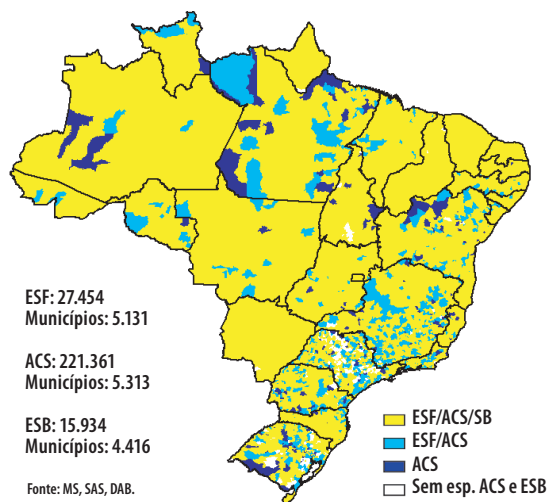


População, em milhões, atendida pelas equipes de Saúde Bucal



Fonte: MS, Siab.
* Até julho de 2007.

Situação de implantação de equipes de PSF, de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde em julho de 2007



Para saber mais:

Conheça a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e equipes de Saúde Bucal, passo a passo, em sua cidade:

www.saude.gov.br/bucal

ACESSE

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Acesso a medicamentos continua se ampliando

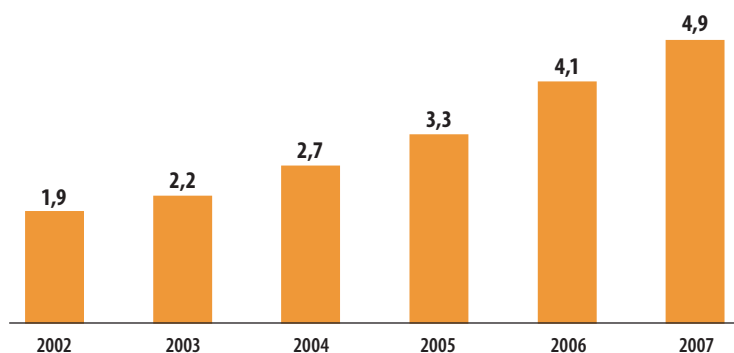
É notável a ampliação do acesso a medicamentos pelo SUS nos últimos anos, o estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico – especialmente nas áreas de vacinas e imunobiológicos e na pesquisa e produção de derivados do sangue, com a criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia, a Hemobrás –, e a ampliação e modernização dos laboratórios públicos.

Esses avanços refletem uma nova postura do governo brasileiro, empenhado em garantir o acesso gratuito da população a medicamentos básicas, ao tratamento das chamadas “doenças negligenciadas” – aquelas cujo baixo lucro não interessa ao capital –, além da continuidade na distribuição dos medicamentos necessários para TODOS que vivem com HIV/aids. Sem falar na maior variedade e disponi-

bilidade de outros medicamentos essenciais e demais insumos pela rede de atenção.

A farmacovigilância e o uso racional de medicamentos são pontos centrais de intervenção da Saúde Pública. O uso da medicina baseada em evidências e seu debate público na construção de protocolos traz mais segurança aos usuários e maior justiça social, contra os poderosos interesses do capital privado.

Principais gastos do Ministério da Saúde – em R\$ bilhões – com medicamentos



Fonte: MS, SCTIE, DAF

Os medicamentos excepcionais, de alto custo, respondem por mais de 1/3 do gasto total com assistência farmacêutica. Em grande parte, esses medicamentos são distribuídos por decisão judicial, mesmo que não haja evidência científica

para seu uso ou que representem risco para o usuário.

O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento de insumos estratégicos cresceu cerca de 500% no período, mobilizando recursos públicos da ordem de R\$85 milhões em 2006.



Você sabia?

- A Hemobrás, em instalação na cidade de Goiana-PE, detém a tecnologia de fracionamento de plasma. Além de desenvolvimento tecnológico e autonomia em relação aos trustes internacionais, a empresa gera economia e empregos qualificados.

Para saber mais:

Farmácia Popular passo a passo, como instalar uma em seu Município:
www.saude.gov.br > **farmácia popular**

Banco de Preços do Ministério da Saúde, Portal de Medicamentos:
www.saude.gov.br/banco

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Sobravime, criada no bojo da Reforma Sanitária, dispõe de biblioteca virtual, com publicações, boletins e dossiês:
www.sobravime.org.br

Conheça o Portal de Medicamentos do Governo Federal:
www.comprasnet.gov.br/PortalMed/principal/default.asp

ACESSE

FARMÁCIA POPULAR

Já são 564 as farmácias populares, presentes nos 26 Estados e no DF. O Ministério da Saúde repassa ao Município ou entidade sem fins lucrativos R\$50 mil para instalação e R\$10 mil mensais para manutenção. As normas de implantação exigem farmacovigilância. Drogarias e farmácias da rede privada também passaram a vender medicamentos básicos para diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e contraceptivos por preços até 90% abaixo do valor de mercado. Já são 4.296 pontos de venda no Brasil.

A Farmácia Popular não substitui a dispensação gratuita de medicamentos pela rede do SUS.

SAMU - 192

Cobertura do SAMU alcança 93 milhões de pessoas

Você sabia?

- Mais de 25.000 trabalhadores compõem a rede nacional do SAMU-192, entre socorristas, motoristas, telefonistas, rádio-operadores e pessoal de apoio.
- O SAMU cobre cidades com mais de 100 mil habitantes ou conjuntos de cidades que atingem essa população.
- Para implantar e manter um SAMU, o Ministério da Saúde provê sua instalação – reformas, viaturas e equipamentos – e sustenta 50% do custo estimado de manutenção; a outra metade é dividida entre Estado e Município.
- O sistema de comunicação das unidades móveis do SAMU permite o georreferenciamento do local exato de cada ocorrência – acidentes, por exemplo –, gerando informações preciosas para ações de prevenção.
- O SAMU prevê a instituição de Conselhos Gestores – com participação da sociedade civil – nas três esferas de governo, para definir, monitorar, avaliar e controlar suas ações.

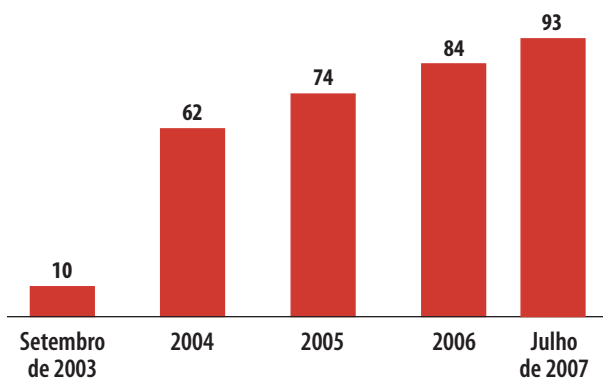
Para saber mais:

Passo a passo, como montar um SAMU em sua cidade:

www.saude.gov.br > samu > legislação > roteiro passo a passo

ACESSE

População, em milhões, coberta pelo SAMU



Fonte: MS, SAS, DAE

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – está presente em 926 Municípios brasileiros: com 114 centrais de regulação, cobre quase 50% da população brasileira, cerca de 93 milhões de pessoas.

Lançado nacionalmente em setembro de 2003, inspirado no modelo francês, o SAMU visa reduzir o número de mortes por acidentes e urgências, os períodos de internação e as seqüelas por falta de socorro em tempo adequado. Equipes especialmente treinadas atendem

nas 24 horas do dia a urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, neonatais, cirúrgicas, obstétricas e de saúde mental.

Seu sistema de comunicação e informação permite a vigilância epidemiológica e o planejamento de ações de promoção e prevenção de acidentes e outros agravos, facilitando ações intersetoriais. Também é um deflagrador de mudanças nas práticas não apenas dos prontos-socorros e emergências, como de outras áreas, a exemplo da atenção à saúde mental.



DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA DOENÇA

Saúde e doença são determinadas pelo modo como cada sociedade se organiza, vive e produz. E se transformam junto com as mudanças que mulheres e homens imprimem à sociedade.

As grandes transformações acontecidas nas práticas sociais e na qualidade de vida dos brasileiros e brasileiras, ao longo de sua história, têm levado a mudanças, igualmente profundas, no modo como a saúde

e a doença são socialmente produzidas e distribuídas. Deste modo, em uma sociedade desigual como a nossa, saúde e doença também se manifestam desigualmente, entre homens e mulheres, brancos e negros, pobres e ricos, em diferentes situações de vulnerabilidades e de acesso às ações e serviços de saúde e a qualidade de vida.

Assim, os determinantes dessas situações de desigualdade so-

cial impactam diretamente o perfil epidemiológico da população brasileira.

A mudança desse quadro passa, necessariamente, pela ação intersectorial, pela participação e mobilização da sociedade e pelo enfrentamento das iniquidades.

No processo de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, capaz de produzir saúde e bem-estar.

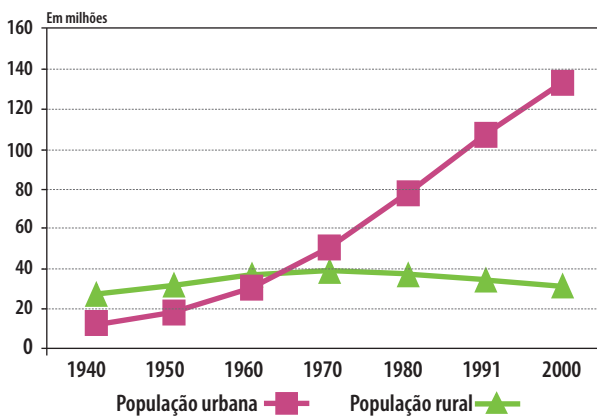
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O Brasil caminha a passos largos rumo a uma estrutura etária cada vez mais envelhecida. O efeito combinado do aumento da expectativa de vida com a redução da fe-

cundidade feminina caracteriza-se pela progressiva diminuição da proporção de crianças e jovens e elevação do número relativo de adultos, especialmente idosos.

Brasil Urbano 2004: 83% da População Vive em Áreas Urbanas

Populações urbana e rural no Brasil, em milhões



Municípios brasileiros por porte populacional em 2007

Porte do Município	Municípios	%	Habitantes	%
Até 20 mil	3.933	70,7	32.256.795	17,0
20 - 50 mil	1.047	18,8	31.755.821	16,8
50 - 100 mil	309	5,6	21.637.077	11,4
100 - 500 mil	236	4,2	47.429.960	25,0
Mais de 500 mil	39	0,7	56.255.534	29,7
TOTAL BRASIL	5.564	100,0	189.335.187	100,0

Fonte: IBGE

No Brasil, em 1940, para uma população de 41 milhões de habitantes, 28 milhões viviam em áreas rurais e menos de 13 milhões em áreas urbanas.

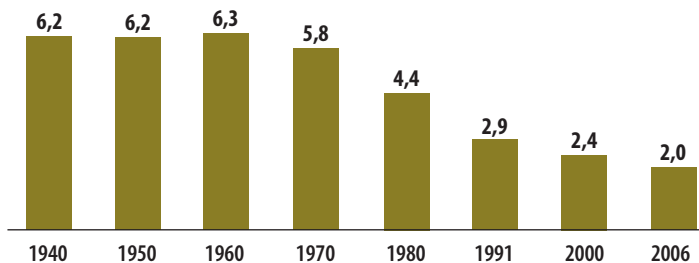
Dos 170 milhões de brasileiros, 138 milhões habitavam regiões urbanas e 32 milhões, áreas rurais (Censo 2000). Apesar do imenso crescimento populacional no período, de quase 130 milhões de pessoas, a população rural de hoje é semelhante à de 1940.

Intensos e diversos processos migratórios e de êxodo rural transformaram campo e cidade, hábitos e comportamentos, culturas e condições de vida, com grande impacto nos indicadores sociais e na produção da saúde, da doença e de suas representações.



Diminui a Fecundidade

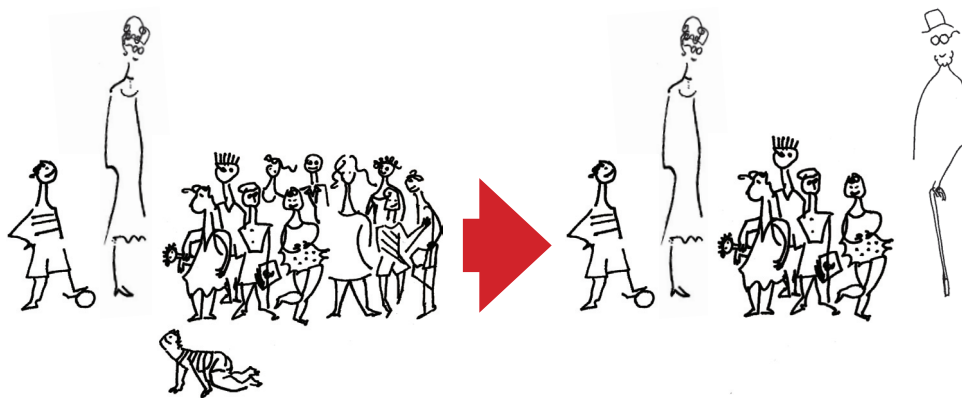
Média de filhos por mulher



Fonte: IBGE

O número de filhos por mulher vem diminuindo acentuadamente. Em 2004, as mulheres passaram a ter, em média, 2 filhos. E a tendência é de queda.

A População Envelhece



1981

6 idosos para cada
12 crianças até 5 anos

2004

6 idosos para cada
5 crianças até 5 anos

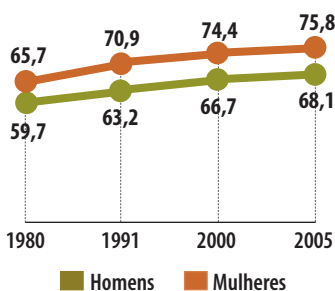
Entre 1980 e 2007, cresceu de 7 para 17 milhões o número de brasileiros com mais de 60 anos de idade.

Apesar do envelhecimento populacional, 46% da população tem menos de 24 anos de idade.

66% da população brasileira encontra-se em idade produtiva.

Cresce a Esperança de Vida no Brasil

Esperança, em anos de vida, ao nascer

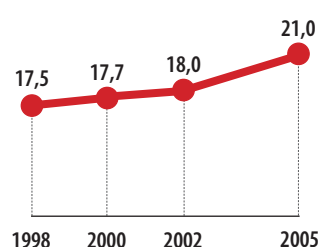


Fonte: IBGE

As mulheres vivem mais que os homens



Esperança, em anos de vida, aos 60 anos



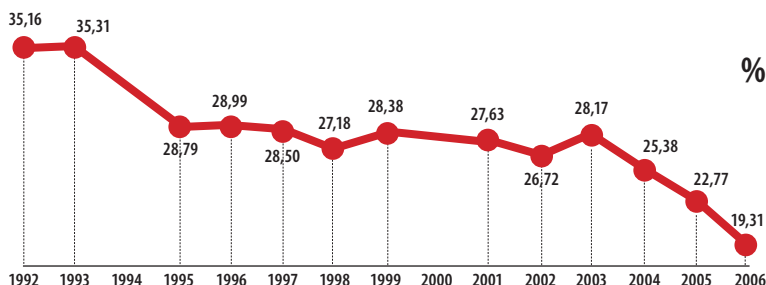
Fonte: IBGE, Pnad.

CONDIÇÕES DE VIDA

5,9 MILHÕES SAEM DA LINHA DE POBREZA, APENAS EM 2006

Miséria em queda

Proporção da população que vive em situação de miséria no Brasil



Fonte: CPS/IBRE/FGV, processando os microdados da PNAD/IBGE.
Nota: 1994 e 2000 são médias. Nesses anos a PNAD não foi a campo.

DEFINIÇÃO DE MISÉRIA

Encontram-se abaixo da linha de miséria os indivíduos que vivem com até R\$125,00 ao mês.

Entre 2003 e 2006, diminuiu em 31% o número de pessoas em situação de miséria no Brasil. quinze por cento só em 2006.

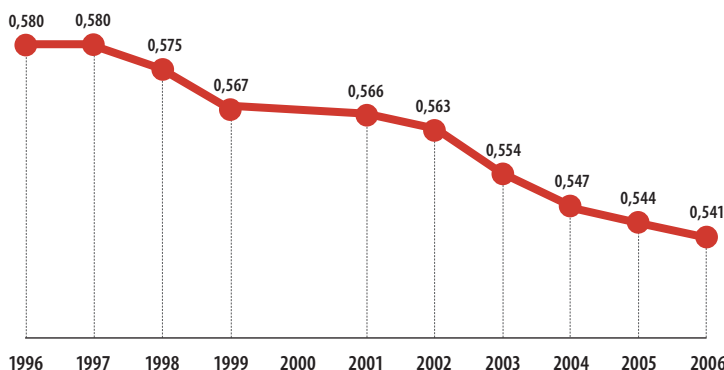
Nas grandes cidades, entre 1995 e 2003, a miséria aumentou em 43%.

Diminui a Desigualdade

ÍNDICE DE GINI

O coeficiente de Gini mede o tamanho da desigualdade entre pobres e ricos. Neste gráfico, mede a diferença de renda: quanto maior a desigualdade de um povo, mais perto estará de 1. Em uma sociedade igualitária, estaria próximo de zero.

Índice de Gini da distribuição do rendimento mensal de todos os trabalhos das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento de trabalho. Brasil, 1996 a 2006



Fonte: IBGE, PNAD – 1996-2006.

Notas:

1. Excluído o rendimento das pessoas da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.
2. A PNAD não foi realizada em 2000 devido ao Censo Demográfico.



Em 2006, os 50% mais pobres aumentaram em 7,8% sua participação na renda.



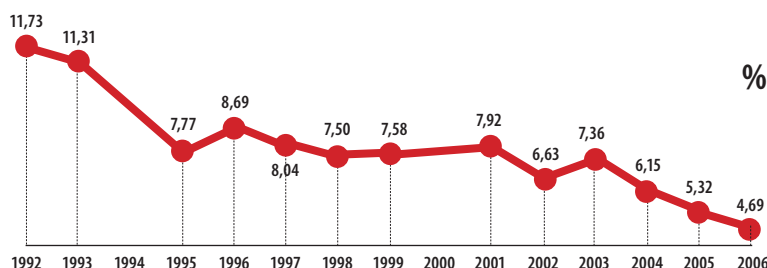
Erradicar a pobreza extrema:

BRASIL CUMPRE A PRIMEIRA META DO MILÊNIO DA ONU

Em setembro de 2007, a ONU anunciou a antecipação pelo Brasil do cumprimento de uma importante meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: reduzir pela me-

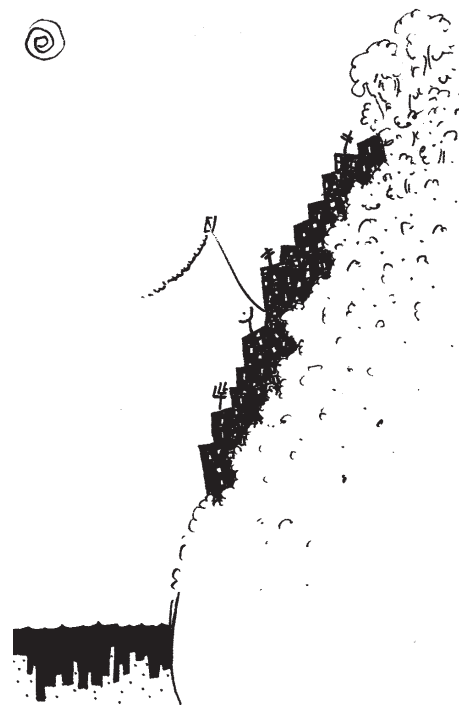
tade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar PPP, calculado pela paridade de seu poder de compra em cada um dos 191 países signatários.

Proporção da população que vive na pobreza extrema – US\$ 1 PPP/dia



Fonte: CPS/BRE/FGV, processando os microdados da PNAD/IBGE.
Nota: 1994 e 2000 são médias. Nesses anos a PNAD não foi a campo.

A queda acumulada da população em pobreza extrema foi de 58,5% entre 1992 a 2006: 11,8% de diminuição entre 2005 e 2006.



Aumenta o Rendimento Médio do Brasileiro

De acordo com a PNAD/IBGE, o rendimento médio mensal dos domicílios passou de R\$1.494 em 2004, para R\$1.568 em 2005, e R\$1.687

em 2006, com ganhos reais de 5% em 2005 e 7,6% em 2006. Os maiores crescimentos do rendimento domiciliar aconteceram no Nordeste

(11,7%) e Norte (8,8%). No Sul e Sudeste, o rendimento dos domicílios cresceu 7%. O menor crescimento foi registrado no Centro-Oeste (6%).

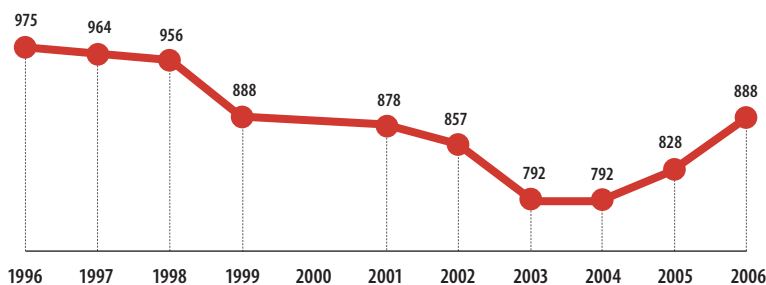
O rendimento mensal médio do trabalhador brasileiro cresceu 7,2% em 2006.

O aumento real de 13% do salário mínimo foi decisivo.

Os empregos com carteira assinada cresceram 4,7% em relação a 2005: de cada 5 novos empregos, 3 tiveram carteira assinada.

1,3 milhões de pessoas a mais no mercado formal de trabalho.

Rendimento médio mensal real de todos os trabalhos das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência



Fonte: IBGE, PNAD – 1996-2006.

Notas:

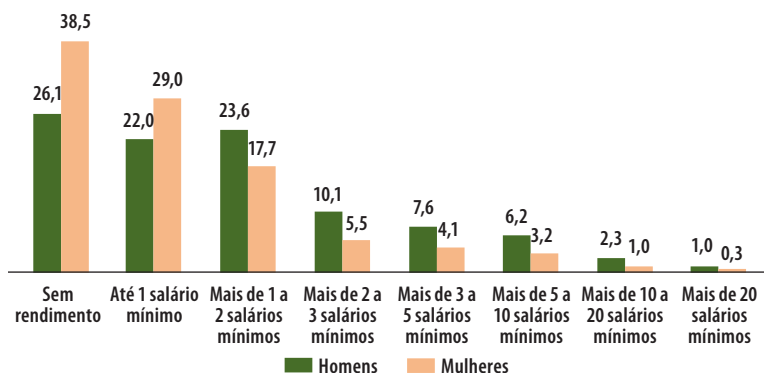
Exclui o rendimento das pessoas da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Valores inflacionados pelo INPC com base em setembro de 2006.

A PNAD não foi realizada em 2000 pela coincidência com a data do Censo Demográfico.

Como se distribuem os salários

Distribuição dos salários por sexo no Brasil em 2006



Diminui o Analfabetismo e Aumenta a Escolaridade

Taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade, por Regiões

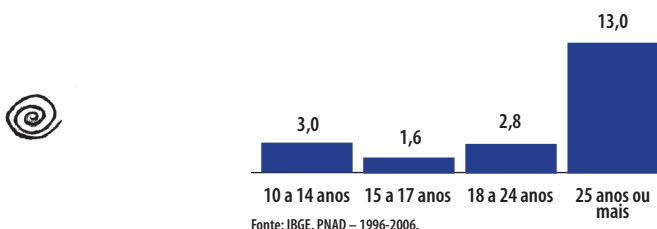
Ano	Taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais de idade (%)					
	BRASIL	Grandes Regiões				
		Norte urbana	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	TOTAL					
1996	13,7	10,6	27,3	7,9	7,9	10,3
2001	11,4	9,7	22,2	6,8	6,4	9,2
2006	9,4	7,8	18,9	5,5	5,2	7,4

Fonte: IBGE, PNAD – 1996-2006.



*A taxa de analfabetismo no Brasil caiu para 9,4%.
É a Região Nordeste quem eleva a média nacional: 18,9%.*

Taxa de analfabetismo no Brasil em 2006



*Em 2006, 3% dos jovens de 10 a 14 anos continuavam analfabetos.
É muito grande o número de adultos com mais de 25 anos considerados analfabetos: 13%, aumentando com a idade.*



Fora da Escola

Em 2001, já havia ocorrido uma queda significativa no número de crianças e adolescentes de 7 a 14 anos fora da escola: eram 3,5% na média nacional; e menos de 5% na Região Norte urbana, este o pior índice.

Em 2006, com uma diminuição de 34% em relação a 2005, estão fora da escola, nessa faixa etária, 2,3%, na média nacional, variando de 3,5% no Norte urbano e 3,1% no Nordeste a 1,9% no Centro-Oeste, 1,7% no Sudeste e 1,6% no Sul.

Rádio, TV e Internet pelas Regiões do País em 2006

Proporção (%) de domicílios com alguns bens e serviços de informação e comunicação no total de domicílios particulares permanentes

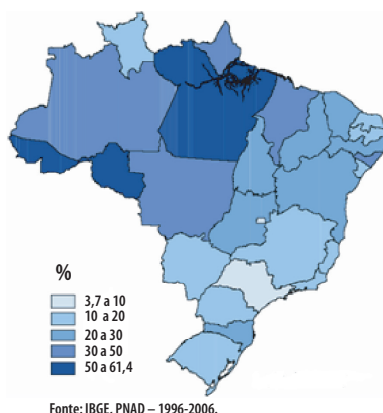
Regiões	Rádio	TV	Telefone	Telefone celular	Microcomputador	Micro com acesso a Internet
Norte	74,6	85,0	59,9	34,7	9,8	6,0
Nordeste	80,8	86,8	53,6	29,1	9,7	6,9
Sudeste	92,1	96,8	83,4	21,7	29,2	23,1
Sul	94,3	95,6	86,0	34,4	27,9	20,8
Centro-Oeste	85,3	93,0	81,3	38,9	20,4	14,6

Fonte: MS, SGEP; IBGE, PNAD.

Água, Esgoto, Lixo e Luz Elétrica

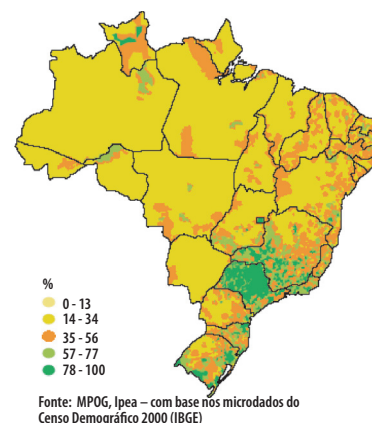
Domicílios (%) fora da rede de abastecimento de água no total de domicílios particulares permanentes, por Estado em 2006

O abastecimento de água cresceu de 81,1 para 84,2% entre 2001 e 2006, embora com grandes desigualdades regionais. A rede de água alcança apenas 68,9% das residências da Região Norte e 75% da Nordeste, com forte desigualdade social nessa distribuição.



Domicílios urbanos (%) com acesso a esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica, por Município em 2006

A existência de rede coletora de esgotos ou fossa séptica, embora tenha crescido de uma média de 68,8 para 71,3% entre 2001 e 2006, ainda indica índices muito baixos de cobertura, que põem em risco a Saúde Pública e o meio-ambiente, atingindo apenas 48,5% dos domicílios da Região Nordeste e 44,4% da Centro-Oeste. A exemplo do lixo, há graves problemas



na destinação final das redes coletoras, quando existentes, muitas vezes rios ou mar, além de problemas de contaminação de lençóis freáticos e dos próprios aquíferos, como o Guarani, em risco.

*Na Região Nordeste,
menos de 75% do lixo produzido é coletado.*

Percentual de domicílios com algumas características no total de domicílios particulares permanentes

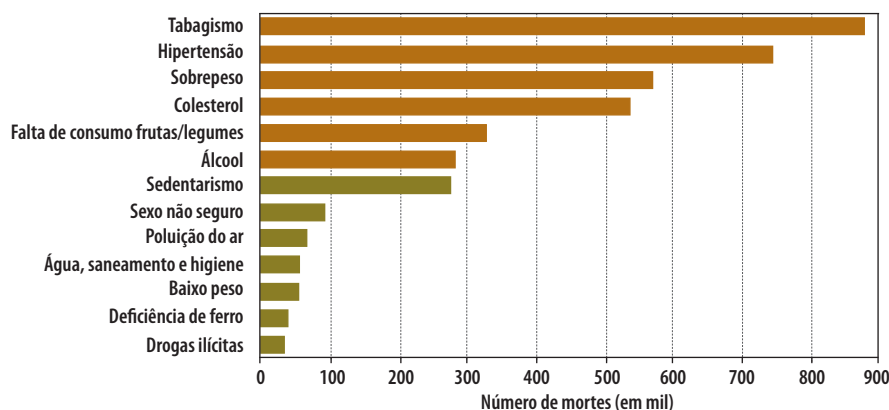
Ano	BRASIL	Norte urbano	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Rede geral de abastecimento de água						
2001	81,1	63,7	69,3	90,5	81,7	75,5
2006	84,2	68,9	75,1	92,0	84,8	79,5
Esgotamento sanitário (rede coletora ou fossa séptica)						
2001	66,8	52,8	43,0	84,6	69,8	43,7
2006	71,3	61,3	48,5	87,7	77,5	44,4
Lixo coletado						
2001	83,2	85,3	66,3	92,3	84,5	84,4
2006	87,6	93,5	72,8	94,9	89,4	97,8
Iluminação elétrica						
2001	96,0	98,4	89,4	99,1	97,9	96,3
2006	98,1	99,2	94,7	99,6	99,3	98,6

Fonte: IBGE, PNAD – 1996-2006.

Embora tenha aumentado a cobertura de 83,2 para 87,6% na coleta de lixo, permanecem problemas graves na qualidade dessa coleta e sua destinação final, especialmente em uma sociedade em crescimento e cada vez mais produtora de lixo não biodegradável.

As redes de energia elétrica e iluminação atingiram uma taxa média nacional de cobertura de 98,1%, fruto de políticas públicas de inclusão, como o programa “Luz para Todos”. Essa cobertura também é menor na Região Nordeste, onde 5,3% dos domicílios ainda não dispõe de energia elétrica.

Principais Fatores de Risco e Mortes Atribuíveis nas Américas



Fonte: OMS, WHR 2002 - Relatório Mundial da Saúde

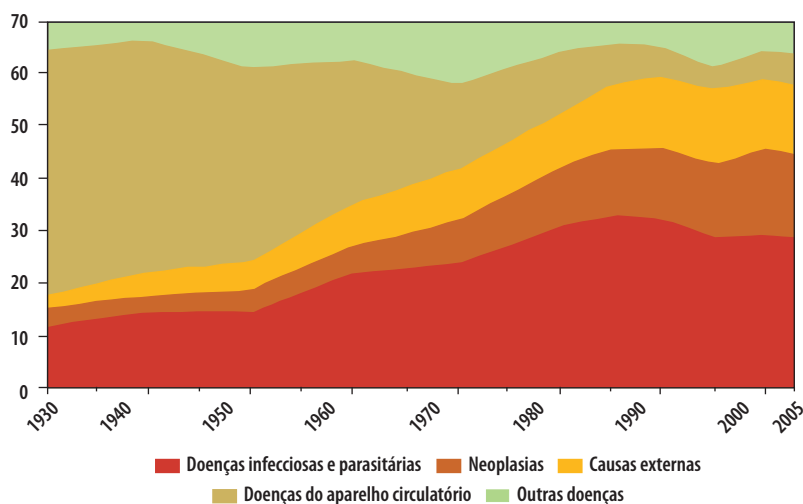


A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O Brasil tem vivido um processo de grandes mudanças em seu perfil de adoecimento e morte, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares, o câncer e as mortes por acidentes e violências de naturezas diversas.

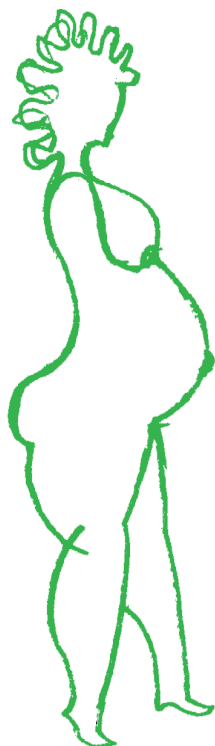
As mudanças no modo de vida da sociedade brasileira, no correr das décadas, vêm produzindo um novo padrão de doenças, alterando o perfil de mortalidade da população. Entender e conhecer sua evolução, tendências e modo como são produzidas e distribuídas é fundamental – e estratégico – para o planejamento e desenvolvimento de políticas em saúde.

Evolução da mortalidade proporcional nas capitais brasileiras



Fonte: MS, SVS, Dasis.

Humanização do Parto e Nascimento



Quanto mais natural o parto, melhor é o nascimento da criança. O que as mulheres sempre souberam, por intuição, a ciência vem mostrando, no movimento conhecido por 'Medicina baseada em evidências'. Intervenções como a episiotomia (corte em baixo) e a cesariana, quando não necessárias, podem fazer mais mal do que bem.

Em nosso país, a cesariana vem aumentando pouco a pouco. Depois de uma queda em 1998, quando o Governo Federal parou de pagar o excesso de cesarianas, voltou a aumentar a partir de 2000. E continua crescendo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesárea esteja perto de 15%. Valores maiores ou muito menores são prejudiciais para mães e bebês. No Brasil, a taxa de cesárea, em 2005,

está quase três vezes maior que o recomendado: chegou a 43%.

'Parto Humanizado' é a expressão usada para os partos em que a mulher é respeitada: ela fica com o acompanhante de sua escolha, pode se movimentar à vontade, toma líquidos ou alimentos leves, escolhe a posição para parir sua criança, concentra-se para fazer força de acordo com o ritmo de seu corpo. No parto humanizado, a mulher é poupada de intervenções desnecessárias, tais como: soro para apressar o parto, lavagem intestinal, raspagem dos pêlos pubianos, episiotomia (corte embaixo) ou jejum. No parto humanizado, a mulher não permanece o tempo todo deitada, ela recebe palavras de encorajamento e ninguém tenta desmerecê-la por estar tendo seu filho. O trabalho de parto é considerado um trabalho nobre.

Você sabia?

- Os Centros de Parto Normal (semelhantes a Casas de Parto) são locais parecidos com as casas das mulheres, com ambiente diferente do hospital mas com todo o equipamento necessário e profissionais capacitadas para atender partos normais. Nesses Centros, as mulheres podem ter seus filhos mais à vontade, naturalmente, com acompanhantes de sua escolha e atendimento personalizado. Mulheres que têm seus filhos em Centros de Parto Normal relatam mais satisfação com a experiência do parto. O Ministério da Saúde apoiou a construção e instalação de equipamentos de Centros de Parto Normal em vários Estados.
- "Doula", palavra que vem do grego antigo, significa "aquela que está ao lado". Geralmente, é uma mulher que teve boas experiências no parto e ajuda outras, apoiando-as e ensinando-as a se ajudarem. Com o encorajamento que recebe da doula, a mulher se sente mais segura e confiante para deixar sua filha ou filho nascer. O Ministério da Saúde já financiou treinamentos de doulas comunitárias voluntárias em 12 Estados e no Distrito Federal.
- Os trabalhos científicos mostram que, só pelo fato de ter um acompanhante de sua escolha, as mulheres realizam um trabalho de parto mais curto (em menos tempo), pedem menos anestesia e o parto evolui tão bem que as cesarianas acabam sendo menos frequentes.
- O Ministério da Saúde tem um programa de fortalecimento das parteiras tradicionais, que respeita sua cultura e a cultura da comunidade onde está inserida. Esse programa ganhou o Prêmio Inovação na Gestão Pública Federal. A Lei nº 11.108, de 7/4/2005, garante acompanhante da escolha da mulher durante o trabalho de parto, no momento do parto e depois do parto.

Para saber mais:

www.rehuna.org.br

Sítio da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, cuja atuação tem contribuído para a definição de políticas, como a de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde.

www.amigasdoparto.com.br; www.amigasdoparto.org.br

Sítios de organizações de mulheres, com relatos de partos, propostas de cursos, respostas às perguntas mais frequentes e orientações para mulheres que desejam um parto humanizado

www.partodoprincipio.org.br

Com participantes de todo o país, combate as altas taxas de cesáreas. Tem mobilizado mulheres em datas significativas, a favor do parto natural.

partonatural@yahoo.com.br

Primeira lista de discussão sobre o tema no país; espaço de trocas sobre problemas da gravidez, parto e amamentação, em que as mulheres se apoiam mutuamente no fortalecimento de seu desejo de um parto adequadamente acompanhado.

Diminui o Número de Mães Adolescentes

Entre 2000 e 2004, diminuiu em 19% o número médio de filhos de mães adolescentes, embora ainda seja preocupante.

Em 2004, nasceram cerca de 3 milhões de crianças no Brasil, das quais 26.752 de mães entre 10 e 14 anos de idade.

Ainda em 2004, 7 em cada 100 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade tornaram-se mães.

Mães adolescentes no Brasil

Idade da mãe	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10 - 14 anos	27.237	27.518	28.973	27.931	27.664	27.239	26.276	26.752
15 - 19 anos	702.579	726.642	721.564	696.955	665.437	645.806	635.014	—
TOTAL	729.816	754.160	750.537	724.886	693.101	673.045	661.290	—

Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE.



O risco de ser mãe até os 14 anos é maior na Região Norte e Centro-Oeste, no Maranhão, Piauí e Alagoas.

Esse risco é 60% maior entre meninas negras, e mais comum nos municípios menores e mais pobres. 22% realizaram menos de 4 consultas de pré-natal.

O VIGITEL

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Foi desenvolvido a partir da efetivação da parceria entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

O Vigitel tem por missão a produção contínua de estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco para doenças crônicas nas capitais de 26 Estados e no Distrito Federal.

Para saber mais:

Conheça a Política de Saúde da Mulher e de Planejamento Familiar do MS.

www.saude.gov.br > cidadão > saúde da mulher

ACESSE

Pré-natal

Cresce o número de consultas em todo o país

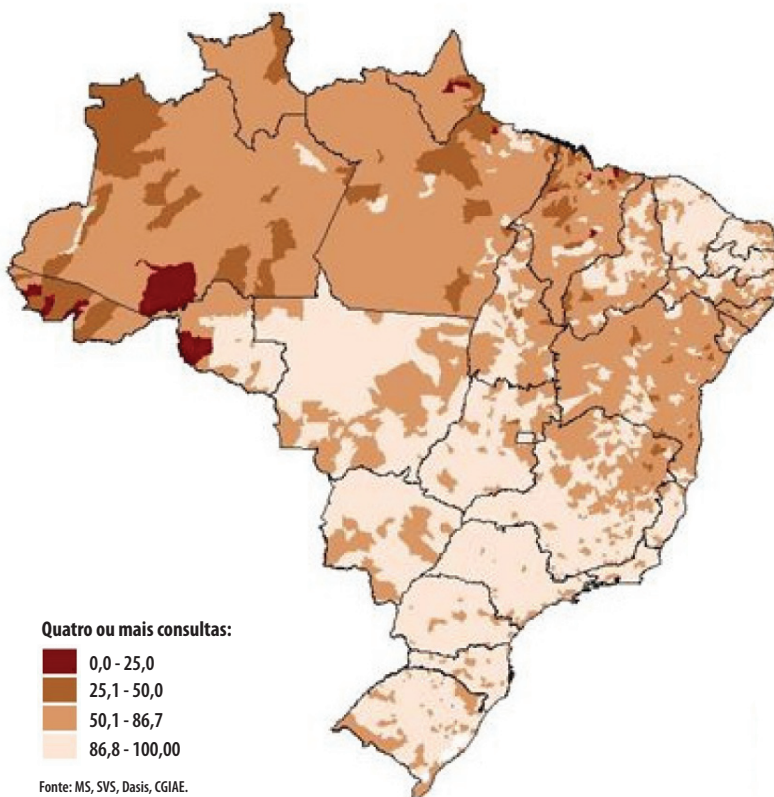
Em 2004, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde, captou 3.026.548 nascimentos no Brasil, com cobertura de 94%.

Comparando-se 2002 e 2004, observa-se um expressivo aumento na proporção de mães com sete ou mais consultas de pré-natal: 52% na média nacional, variando de 28% na Região Norte a 64% no Sul e Sudeste. É também notável a queda do número de mães que referiram não ter tido qualquer consulta, de 22,5% na média nacional, queda que atingiu 33,7% na Região Nordeste.

Ter acesso a sete ou mais consultas de pré-natal está associado a maior escolaridade das mães e boas condições socioeconômicas do Município. É cinco vezes maior o número de mulheres negras, em relação às brancas, que não realizaram qualquer consulta de pré-natal. Essa desigualdade persiste, em menor escala, entre as que têm 12 ou mais anos de estudo. As mães que se declararam solteiras tiveram menos consultas de pré-natal que as casadas.

Isso também acontece com as mães adolescentes. Mães que residiam em Municípios com cobertura de até 25% do PSF tiveram 34% mais chance de não ter realizado sete ou mais consultas de pré-natal, comparadas às dos municípios com 90% ou mais de cobertura. Isso mostra que o PSF pode ser um fator de mudança e de redução da desigualdade no acesso ao pré-natal, além de ser responsável direto pelo aumento do direito de acesso aos serviços e da melhoria dos indicadores de saúde.

Proporção de nascidos vivos de mães que tiveram 4 ou mais consultas de pré-natal, segundo Município de residência da mãe no Brasil, em 2005



Consultas de pré-natal no Brasil

Consultas de pré-natal	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%
Nenhuma	150.232	4,9	136.143	4,5	112.324	3,8	95.314	3,2	83.970	2,8
1-3 vezes	352.354	11,6	345.848	11,5	322.688	10,8	300.382	10,1	283.855	9,6
4-6 vezes	1.142.531	37,5	1.096.903	36,6	1.079.806	36,3	1.056.680	35,6	1.031.142	34,7
7 e +	1.401.585	46,0	1.419.062	47,3	1.463.469	49,1	1.516.553	51,1	1.573.185	52,9
TOTAL	3.206.761	100,0	3.115.474	100,0	3.059.402	100,0	3.038.251	100,0	3.026.548	100,0

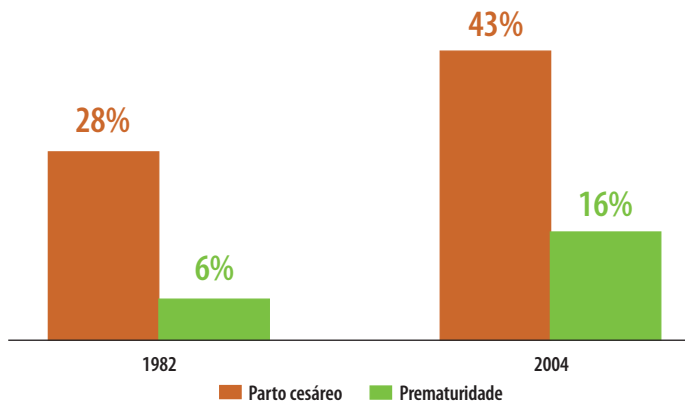
Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE.

Voce sabia?

- Fazendo os exames de pré-natal, a mulher pode saber se tem sífilis, hepatite, toxoplasmose e aids; e que existem meios de evitar que essas doenças passem para o bebê.

A Epidemia de Cesarianas

Taxas de prematuridade e de cesarianas no Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, a partir de estudo de coortes – 1982 a 2004

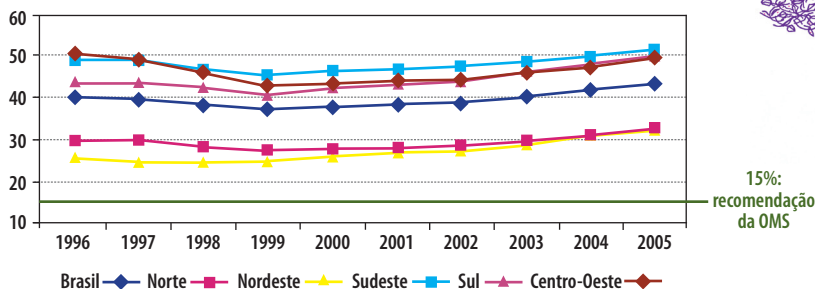


Fonte: Barros FC et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from the Brazilian birth cohorts in 1982, 1993 and 2004. Lancet, 365 (9462):847-54, 2005.

Cesariana e prematuridade

É possível que o grande aumento de nascimentos de bebês prematuros esteja associado ao crescimento do número de partos cesarianos desnecessários, realizados antes da hora. Um rigoroso estudo de base populacional, iniciado há mais de 25 anos, no Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, observou que em 1982, a taxa de cesarianas era de 28% e a de crianças nascidas prematuras era de 6%. Em 2004, a taxa de cesarianas subiu para 43% e a de prematuridade alcançou 16%.

Em todas as regiões, a taxa de cesariana está acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE.

A cesariana é maior entre as mulheres com maior renda e escolaridade.

Em Brasília, por exemplo, no setor hospitalar privado, 80% dos partos são cesarianas.

Você sabia?

- A cesariana é uma ótima cirurgia para salvar vidas, quando há risco para a mãe ou para o bebê. Toda cirurgia tem seus riscos, a cesariana também – reação à anestesia, corte acidental, mais hemorragias, mais infecções. Assim, uma cesariana desnecessária pode trazer muitos problemas para a mãe e seu bebê.
- Se o parto é normal, na maioria das vezes não é necessária a episiotomia (o cortar lá embaixo). A maior parte das episiotomias é realizada sem necessidade, porque o corpo da mulher consegue se abrir para dar passagem ao bebê. Em 2003, a organização não governamental ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – lançou a Campanha pela Abolição da Episiotomia de Rotina. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o parto seja o mais natural possível, respeitando a natureza da mulher.

Porcentagem de partos hospitalares nas Regiões do Brasil em 2005

Região	%
Norte	90,8
Nordeste	95,3
Sudeste	99,1
Sul	99,0
Centro-Oeste	99,3
BRASIL	97,1

Fonte: MS, SVS

97% dos partos no Brasil ocorrem em hospitais.

DE QUE ADOECE E MORRE O POVO BRASILEIRO

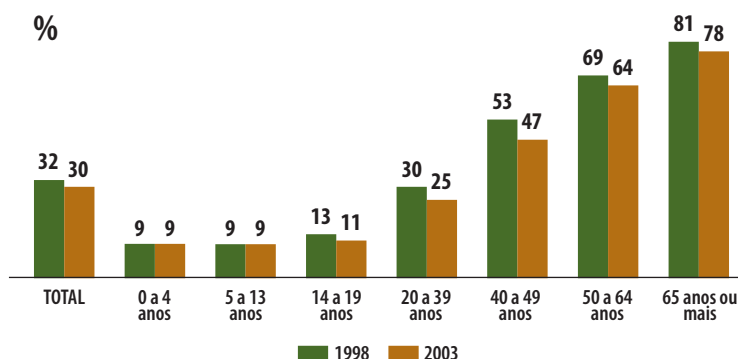
AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



Anualmente, ocorrem cerca de 1 milhão de óbitos no Brasil. As doenças não transmissíveis representam mais de 60% dessas mortes. Que são

mais incidentes entre os mais velhos, os de maior escolaridade e nos Municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos.

Porcentagem de pessoas que referiram doença crônica

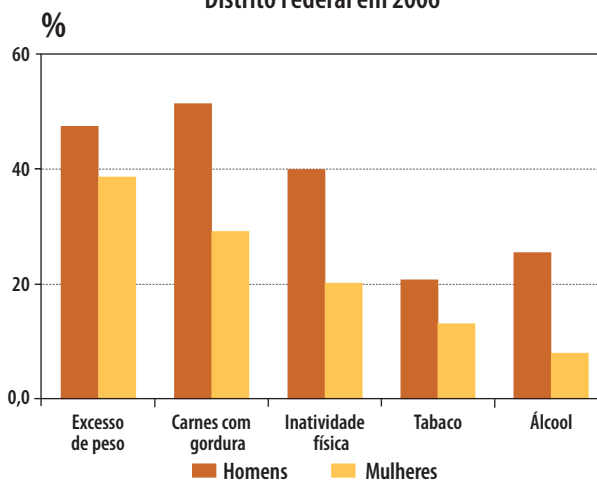


A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada nos anos de 1998 e 2003 (PNAD – Saúde) mostrou que, a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiram ter alguma doença crônica, aumentando com a idade. Há uma ligeira redução de 1998 para 2003.

Modos de Vida e Fatores de Risco

Estimativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que um conjunto pequeno de fatores de risco é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses fatores destacam-se o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gordura animal), a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física. As principais doenças crônicas não transmissíveis têm em comum a maioria dos fatores de riscos. Monitorar e desenvolver políticas públicas para reduzir esses fatores de risco na população é um desafio para todos, pelo SUS. Há evidências científicas de que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e acidente vascular cerebral, além de 40% dos cânceres.

Fatores de risco para homens e mulheres nas capitais e no Distrito Federal em 2006



Os homens apresentaram maior frequência de fatores de risco que as mulheres.

Tabagismo

Considerado pela OMS como grande problema de Saúde Pública, ao tabagismo são atribuídas cerca de 5 milhões de mortes ao ano, em todo o mundo.

O fumo é responsável pelo aumento do adoecimento e morte por causas coronarianas, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre as neoplasias associadas, destacam-se o câncer de pulmão (com risco atribuível de 90%), de faringe, de esôfago, dos lábios e do colo de útero.

Pesquisa domiciliar realizada em 2002/2003 em 16 capitais e no Distrito Federal encontrou prevalência de fumantes de 19%. Feita por telefone no ano de 2006, em todas as capitais, observou prevalência de fumantes de 16%. O consumo do cigarro é maior entre as gerações dos anos 1930, 40 e 50 e entre homens. Vem-se reduzindo, progressivamente, no Brasil.



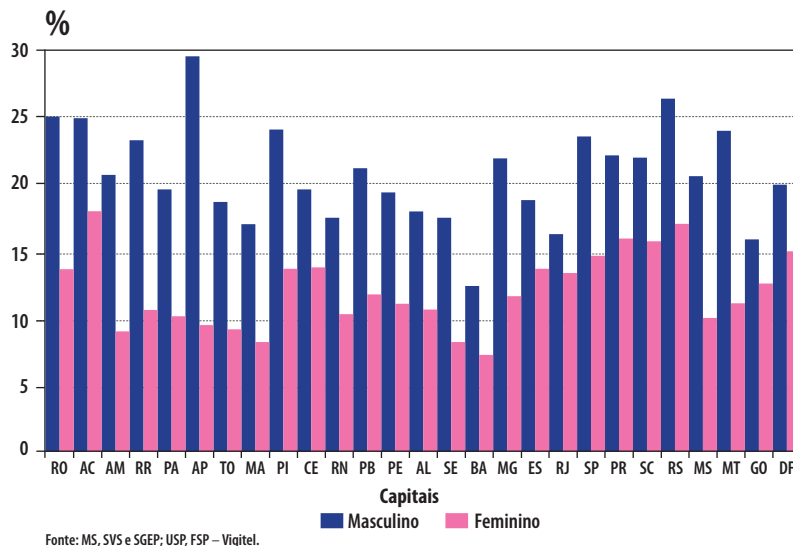
A obesidade tem aumentado no Brasil e é maior entre as mulheres.

De acordo com a OMS, a obesidade é um dos grandes problemas mundiais: mais de 2 bilhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos. Fatores ambientais, estilo de vida não saudável, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo desempenham um papel preponderante na ocorrência

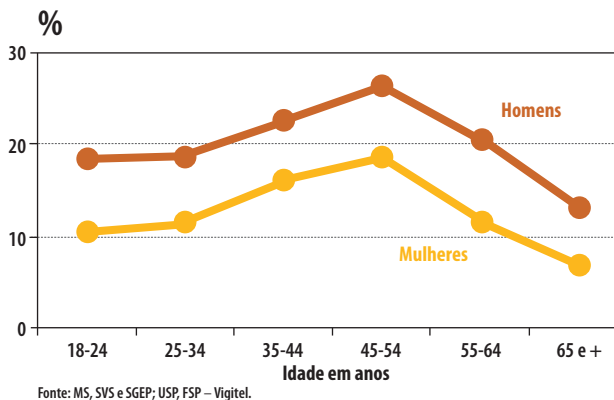
da obesidade, apesar de fatores genéticos e/ou familiares atuarem no aumento da suscetibilidade ao ganho de peso.

Doenças cardíacas, como infarto e hipertensão, diabetes, câncer de mama, câncer de cólon e outros estão associados com o excesso de peso e obesidade.

Homens e mulheres fumantes, segundo capitais

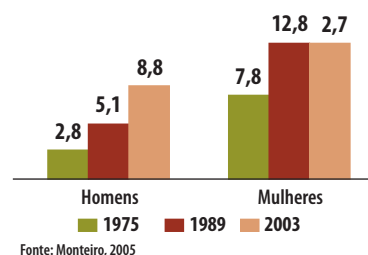


Proporção de fumantes por faixas etárias nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2006



Excesso de Peso e Obesidade

Tendência da obesidade no Brasil



Consumo de bebidas alcoólicas

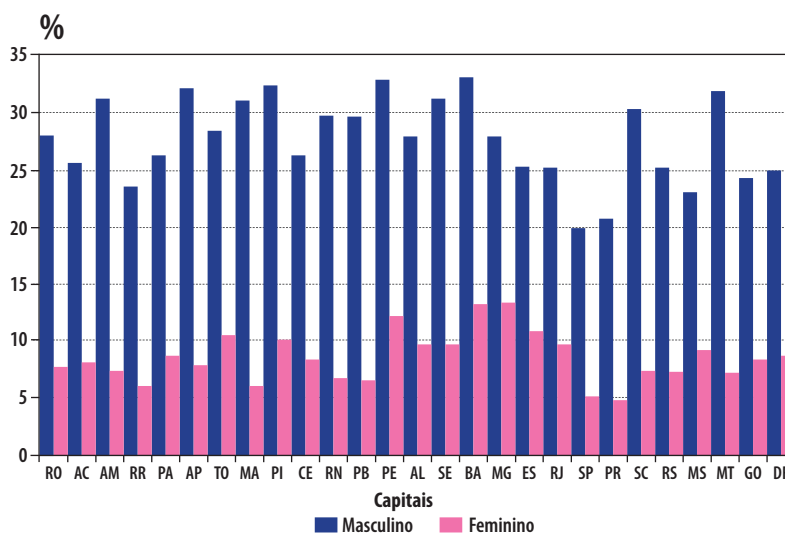
*O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é muito maior entre os homens.
É alto na maioria das capitais.*

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um sério problema de Saúde Pública.

Está associado a doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo (aposentadorias precoces e hospitalizações), acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares.



Adultos que consumiram mais de quatro doses de bebida alcoólica em um único dia, por sexo, segundo capitais



Fonte: MS, SVS e SGEP; USP, FSP – Vigitel.

Nota de rodapé: a pesquisa considerou como uso excessivo de álcool pelos homens, cinco ou mais doses de bebida durante pelo menos um dia do último mês; e pelas mulheres, quatro ou mais doses.

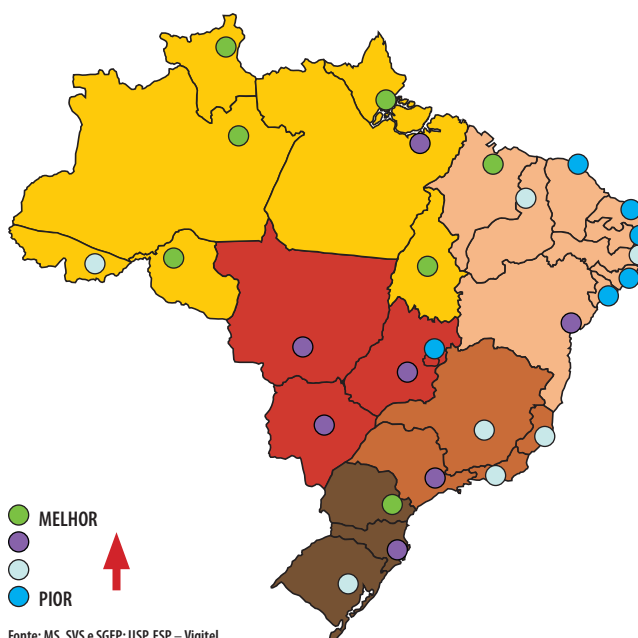
Atividade Física

O sedentarismo é significativamente maior entre os homens

São relativamente recentes as evidências de que um estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças, incluindo doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos das doenças crônicas.

Estimativas globais da OMS indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, 22% dos casos de doença isquêmica do coração e 10 a 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto.

Frequência de inatividade física nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2006



Hipertensão Arterial e Diabetes

No Brasil, o diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.

Estes são dois indicadores do Pacto pela Vida. Sua leitura deve considerar a possibilidade de vazios assistenciais e ter em mente os determinantes sociais envolvidos na produção do problema.

Percentual de hipertensão referida nas capitais dos Estados e no Distrito Federal *

Regiões	Hipertensos: prevalência
Norte	18,9
Nordeste	21,4
Sudeste	22,8
Sul	20,9
Centro-Oeste	19,4

Fonte: MS, SVS e SGEP; USP, FSP – Vigil.
* Maiores de 17 anos, em 2006.

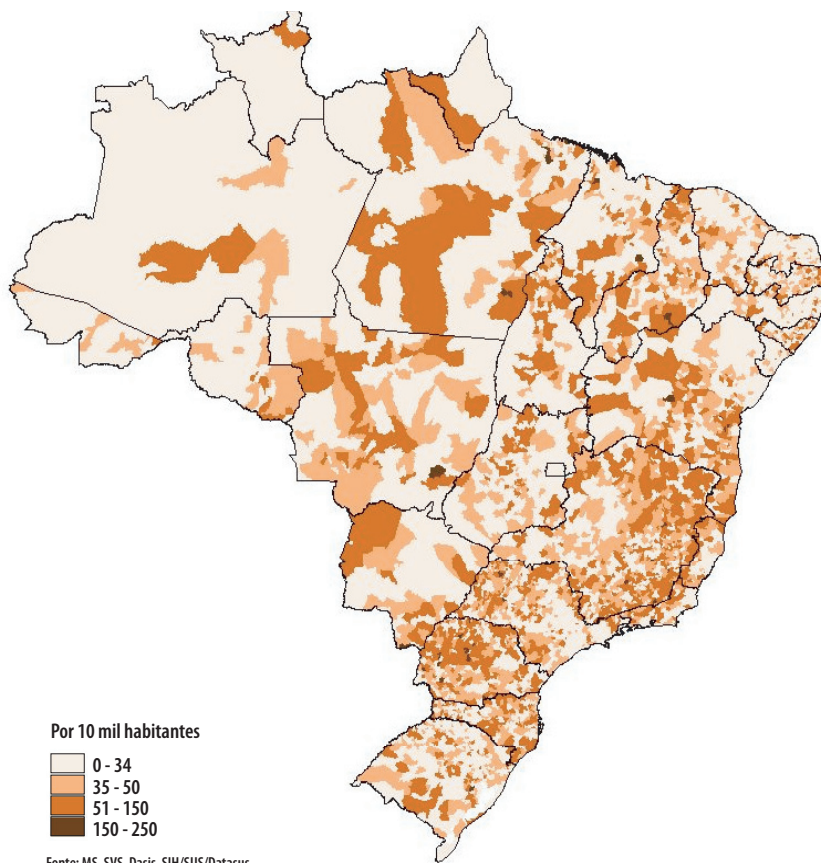
A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial variou de 15,1% em Palmas-TO a 24,9% no Recife-PE, sendo significativamente maior entre as mulheres.

Os processos históricos e sociais do século XX levaram às transições demográfica, nutricional e epidemiológica na sociedade.

Nesse novo perfil, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* assumiram um papel crescente e preocupante.

Hipertensão Arterial

Taxa de internação por acidente vascular cerebral – AVC – em maiores de 40 anos



A **hipertensão arterial**, mesmo assintomática, é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos AVC e cerca de 25% dos infartos em hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.

Uma parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa.

A hipertensão arterial é uma doença extremamente comum nos diabéticos, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

Diabetes

O diabetes *mellitus* configura-se como uma epidemia mundial, nos dias de hoje.

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes

responsáveis pelo aumento de prevalência do diabetes. No Brasil, estima-se um contingente populacional de seis milhões de portadores da doença.

O diabetes, além do sofrimento, gera uma despesa – evitável – para

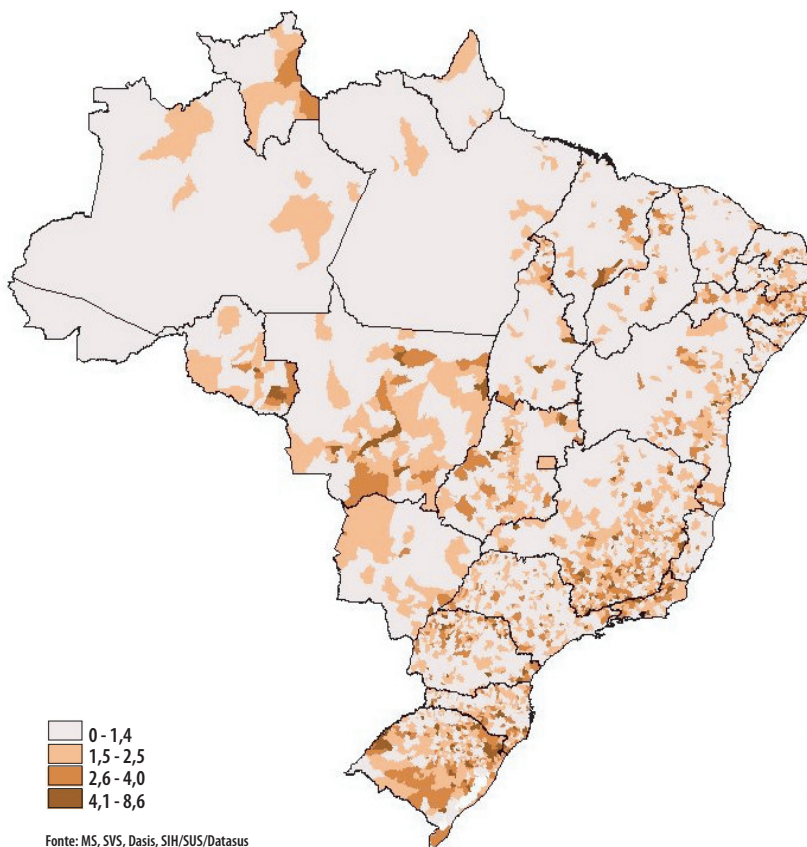
seu tratamento, de grande impacto econômico para o país, sobretudo das complicações provocadas, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Taxa de internação por complicação do diabetes nos Municípios brasileiros em 2006

Percentual de diabetes referida nas capitais dos Estados e no Distrito Federal *

Regiões	Diabetes: prevalência
Norte	4,5
Nordeste	4,8
Sudeste	5,8
Sul	5
Centro-Oeste	4,7

Fonte: MS, SVS e SGEP; USP, FSP – Vigil. * Maiores de 17 anos, em 2006.



Em 2005, foram mais de 36 mil óbitos por diabetes no Brasil, observando-se um intenso aumento da mortalidade nas últimas décadas.

A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes variou entre 2,7% em Palmas e 6,2% em São Paulo.

No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Vitória-ES (5,6%), São Luís-MA (5,5%) e Belém-PA (5,1%); e as menores em Palmas-TO (2,5%), Boa Vista-RR (2,9%) e Florianópolis-SC (2,9%).

Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente em São Paulo-SP (7,3%), Rio de Janeiro-RJ (6,9%) e Porto Alegre-RS (6,3%); e menos frequente em Palmas-TO (3,0%), Rio Branco-AC (3,7%) e Cuiabá-MT (3,8%).

Ocorreram 36.616 óbitos por diabetes em 2005, sendo observado um intenso aumento da mortalidade nas últimas décadas.

INTERNAÇÕES

Principais causas de internação dos 15 aos 59 anos de idade pelo SUS *

Causas de internação	Masculino	Feminino	Total
V. Transtornos mentais e comportamentais	419.744	216.437	636.181
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	375.824	120.888	496.712
XIX. Lesões, envenen. e algumas outras consequências de causas externas	365.511	112.093	477.604
XI. Doenças do aparelho digestivo	298.347	280.400	578.747
IX. Doenças do aparelho circulatório	248.697	307.166	555.863
X. Doenças do aparelho respiratório	221.385	236.234	457.619
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	200.953	204.543	405.496
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	116.034	431.878	547.912
II. Neoplasias (tumores)	109.525	250.750	360.275
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	100.594	70.895	171.489
TOTAL	2.456.614	2.231.284	4.687.898

Fonte: MS, SVS, SIH/SUS/Datasus.

* Por capítulo da CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, OPAS/OMS - FSP/USP.

A maior causa de internação pelo SUS, dos 15 aos 59 anos, foram os transtornos mentais e comportamentais, incluindo o alcoolismo.

A soma de todos os tipos de causas externas (capítulos XIX e XX da CID10) faz com que estas passem a ser a maior causa de internação entre os homens e no conjunto dessa faixa etária, excluídos os partos.

Em 2006, mais de 2 milhões de mulheres de 10 a 49 anos de idade foram internadas nos hospitais do SUS. Destas, 233 mil em decorrência de aborto e 120 mil por causas violentas.

MORTALIDADE DOS 15 AOS 59 ANOS

Principais causas de óbitos entre homens e mulheres 15 a 59 anos

Causas de óbito	Masculino	Feminino	TOTAL
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	89.580	11.467	101.047
IX. Doenças do aparelho circulatório	40.287	26.323	66.610
II. Neoplasias (tumores)	23.349	23.304	46.653
XVIII. Mal definidas	23.153	11.754	34.907
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.371	5.032	21.403
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15.068	7.417	22.485
X. Doenças do aparelho respiratório	11.015	6.813	17.828
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6.179	5.426	11.605
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.101	603	4.704
VI. Doenças do sistema nervoso	2.830	1.669	4.499
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.155	1.901	4.056
III. Doenças do sangue, órgãos, hematopoiéticos e transtornos imunitários	974	865	1.840

Fonte: MS, SVS e Datasus – SIM – em 2003.

As violências e causas externas são a maior causa de morte entre os homens e no conjunto da população, dos 15 aos 49 anos.

Entre as mulheres de 15 a 59 anos, a maior causa são as doenças do aparelho circulatório.

Em 2005, morreram 63.504 mulheres de 10 a 49 anos de idade no Brasil. Destas, 1.619 por problemas relacionados a gravidez, parto, puerpério e aborto.

São mortes que podem ser evitadas, em sua quase totalidade.

Doenças do Aparelho Circulatório

Em 2005, ocorreram 283.925 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 28,2% do total de óbitos no país.

De todas as causas de óbito, a doença cerebrovascular foi a mais importante: 90.006 óbitos, 8,9% da

mortalidade geral. Os óbitos por infarto do miocárdio foram 64.455, ou 6,4% da mortalidade geral.

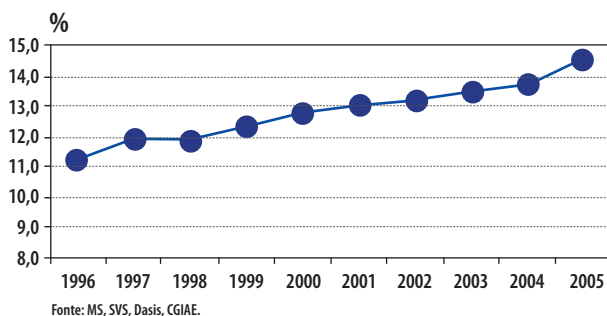
A soma do infarto do miocárdio com as demais doenças isquêmicas do coração representou 84.945 óbitos, segunda causa de morte na

população brasileira (8,4% da mortalidade geral).

A doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito, com 33.487 mortes em 2005, o que correspondeu a 3,3% da mortalidade geral.

NEOPLASIAS

Tendência da mortalidade por neoplasias no Brasil



Ocorreram 147.418 óbitos por neoplasia no Brasil, em 2005. A tendência da mortalidade por cân-

cer é de crescimento no país, passando de 11 a 15% da mortalidade proporcional nos últimos 10 anos.

Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo do útero apresenta tendência de aumento da mortalidade no país. A análise por Região mostra que somente o Estado de São Paulo apresentava tendência de queda desde a década de 1990. As unidades federadas da Região

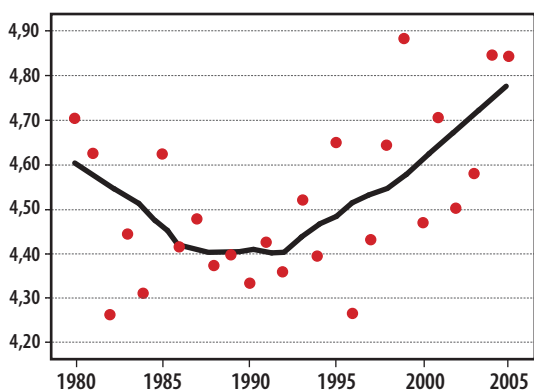
Sul e as demais do Sudeste, além do Distrito Federal e de Goiás, passaram a mostrar tendência de queda da mortalidade a partir de 2000. Os demais Estados apresentam tendência de aumento da mortalidade, influenciando a tendência nacional.

Os principais tipos de câncer que causaram mais morte entre as mulheres foram o câncer de mama, seguido pelo de traquéia, brônquios e pulmões e colo de útero; entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traquéia, brônquios e pulmões, seguido pelos cânceres de próstata e de estômago.

A mortalidade por câncer de pulmão mostra tendência de estabilização entre homens, de uma maneira geral. Quando analisamos a doença por faixa etária, a tendência é de queda da mortalidade em homens até 59 anos. Entre as mulheres, a tendência é de aumento da mortalidade em todas as faixas etárias.

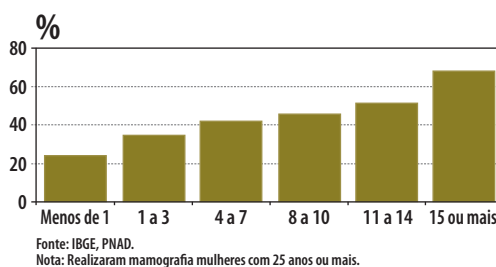
O câncer de mama mostrou grande crescimento nas últimas décadas e uma tendência de estabilização desde 2000. Nas Regiões, há tendência de aumento no Nordeste, no Centro-Oeste e no Norte.

Tendência da mortalidade por câncer de colo de útero



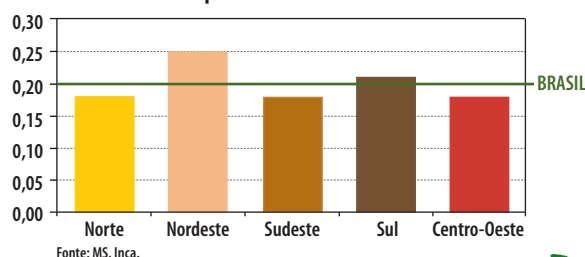
Em 2005, morreram 10.208 mulheres por câncer de mama e 4.506 por câncer de colo de útero no Brasil.

Realização de mamografia alguma vez na vida, por anos de estudo, em 2003



Outro indicador do Pacto é a razão – ou relação – do número de exames realizados dividido pelo número de mulheres de 25 a 59 anos de idade existentes em determinado local. O Instituto Nacional do Câncer – Inca –, do Ministério da Saúde, recomenda o valor mínimo de 0,3. Não estão computados nesse indicador os exames realizados por clínicas privadas, planos e seguros, que têm maior cobertura nas Regiões Sudeste e Sul.

Razão de exames citopatológicos (Papanicolau) pelo SUS em 2005



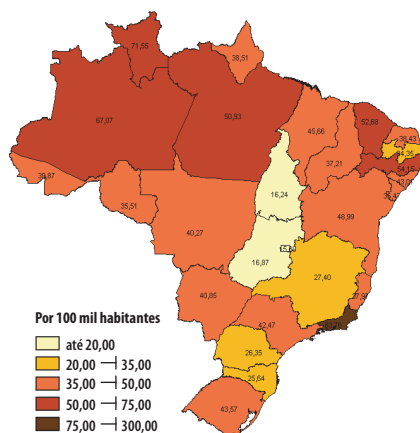
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Apesar da redução significativa da mortalidade por doenças transmissíveis – 46.628 óbitos em 2005, cerca de 5% da mortalidade geral –, ainda é muito grande o impacto dessas doenças na população brasileira. Chamamos atenção, em especial, à persistência ou re-emergência de um grupo de antigas doenças ligadas diretamente a causas sociais, econômicas – à pobreza

– e ambientais, bem como à falta de interesse de laboratórios privados e indústrias farmacêuticas no desenvolvimento de novos imunobiológicos, medicamentos, vacinas e exames laboratoriais para essas doenças, ausentes dos interesses do capital. São as “doenças negligenciadas”, entre as quais se destacam a tuberculose, a hanseníase e a esquistossomose, o tracoma e as do-

enças diarreicas, as leishmanioses, a leptospirose e a dengue, a doença de Chagas e a malária. Seu enfrentamento passa, necessariamente, pelo trabalho integrado do SUS com as demais áreas sociais – a intersetorialidade –, pela participação e mobilização da sociedade e pelo combate às iniquidades, sob pena de continuarmos reproduzindo os atuais padrões de adoecimento.

Casos novos e incidência de tuberculose no Brasil, em 2005 *



Fonte: MS, SVS e Datasus – Sinan.
* Em 23 de fevereiro de 2007 (dados parciais).

Tuberculose

Desde 1996, a incidência de tuberculose vem diminuindo no Brasil, embora mantenha altas taxas no Rio de Janeiro-RJ e nas Regiões Metropolitanas, especialmente. Em 2005, o número de casos novos notificados foi de 74.540; e a incidência, de 40 casos novos para cada 100 mil habitantes, fortemente concentrados nas Regiões Sudeste (45,9%) e Nordeste (29,4%), em proporções que se mantêm estáveis há pelo menos cinco anos.

A taxa de mortalidade por tuberculose também está diminuindo no

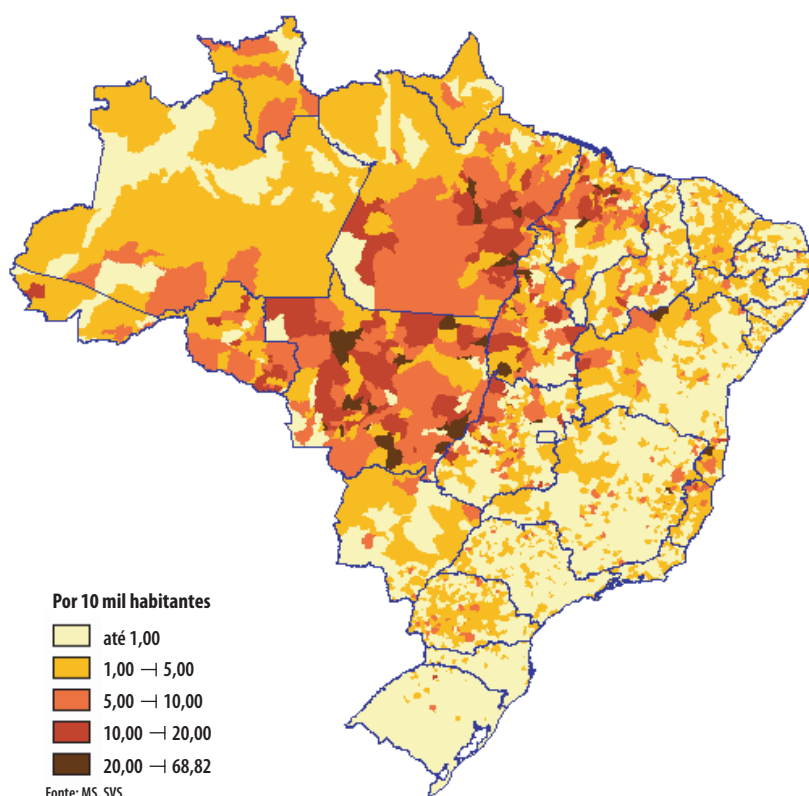
país: estimada em 2,5 mortes por 100 mil habitantes, quando tomada como causa básica do óbito, alcança o índice de 4,5 por 100 mil hab. quando associada a outras doenças, como a aids. A proporção média de casos curados encontra-se na faixa de 75%, sendo menor se considerados os casos sem informação de encerramento. O objetivo do Ministério da Saúde é cumprir as metas mínimas pactuadas junto à Organização Mundial da Saúde, OMS, de 70% dos casos localizados e 85% deles curados.

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 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.

Hanseníase

Prevalência da hanseníase por Municípios brasileiros em 2005



Número de casos novos e taxa de detecção da hanseníase no Brasil *

Ano	Número de casos novos	Taxa de detecção (por 10 mil hab.)
2001	44.268	2,6
2002	47.869	2,7
2003	50.546	2,9
2004	49.331	2,8
2005	48.639	2,6
2006	43.973	2,4

Fonte: MS, SVS e Datasus – Sinan.

* Em 29 de maio de 2007, depurado de duplicidades indevidas; dados de anos mais recentes podem estar incompletos.

A hanseníase apresentou uma redução significativa de prevalência na última década, embora ainda sejam detectados cerca de 50 mil casos por ano. A taxa de detecção em 2005 foi de 2,4 por 10.000 habitantes. A meta é de 1 caso para cada 10 mil hab., proposta pela OMS. Para tanto, busca-se maior eficiência da atenção básica, com novas práticas, tornando mais acessível o diagnóstico e o tratamento, melhorando a vigilância dos casos e contatos e procurando quebrar a cadeia de transmissão pessoa a pessoa.

Você sabia?

- A hanseníase carrega consigo uma longa história de segregação, abandono e exclusão social que, aos poucos, vem sendo superada. Por iniciativa do governo federal, em setembro de 2007, foi aprovada a lei no 11.520, que concede pensão especial – no valor de R\$750,00, reajustados anualmente – às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. A lei também prevê ações específicas de saúde e apoio aos moradores das ex-colônias, espalhadas por todo o país.

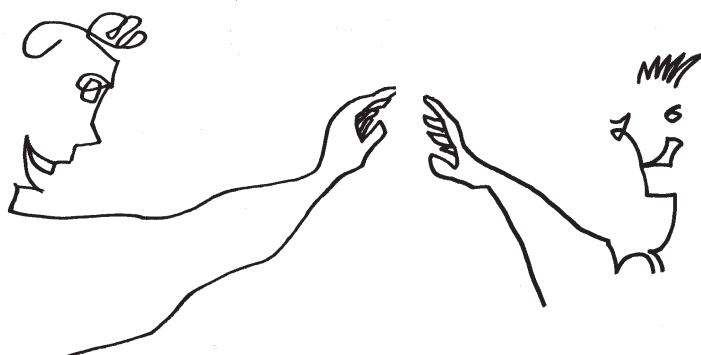
Para saber mais:

O MORHAN é uma entidade sem fins lucrativos, presente em cerca de 100 comunidades pelo Brasil. Seus objetivos são colaborar para a eliminação da hanseníase, lutar para que portadores conquistem o pleno exercício da cidadania e garantir os direitos das pessoas que contraíram hanseníase à época do isolamento compulsório (entre as décadas de 1930 e 1960), além das que, hoje morando em antigos hospitais-colônia, neles desejam permanecer. Edita materiais e dispõe a linha Telehansen, 0800 26 2001, para informações e denúncias. Saiba mais:

www.morhan.org.br

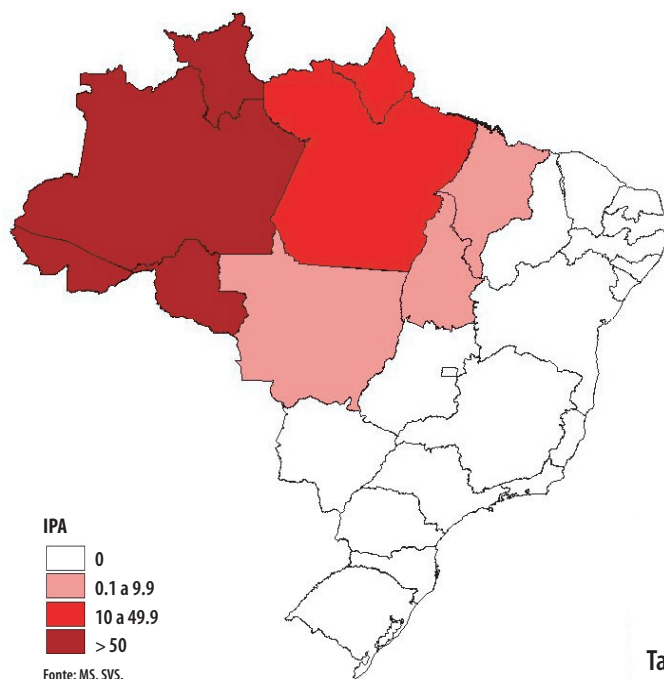
Conheça a Política Nacional de Erradicação da Hanseníase:

www.saude.gov.br/svs > vigilância epidemiológica > hanseníase



Malária

Incidência parasitária anual de malária – IPA – no Brasil em 2006



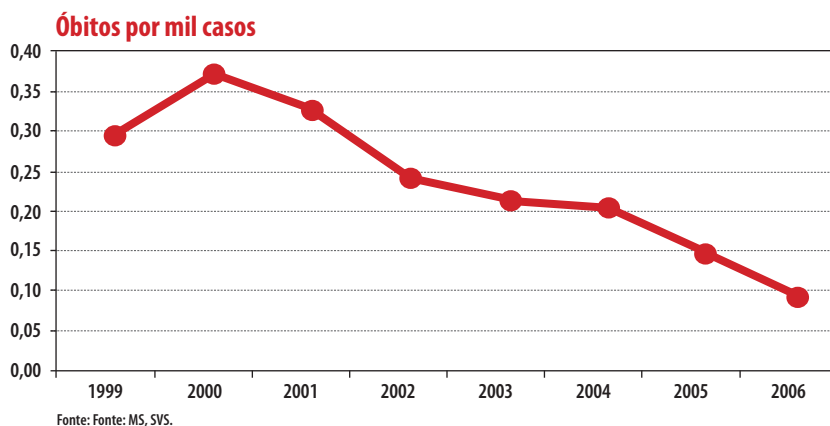
A Amazônia Legal (formada pelos sete Estados da Região Norte e por parte do Mato Grosso e do Maranhão) concentra 99,5% dos casos de malária no Brasil.

A incidência da doença na região caiu entre 1999 a 2002, quando foram registrados menos de 350 mil casos. Esse declínio foi interrompido em 2003, tendência que só foi invertida em 2006, quando a taxa de incidência voltou a recuar. Ainda assim, naquele ano, foram registrados cerca de 540 mil casos.

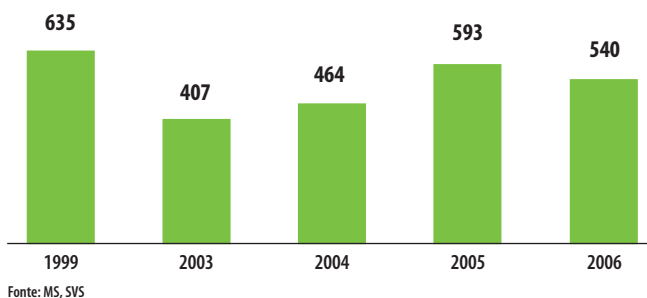
O incremento da Rede de Diagnóstico da Malária na Amazônia Legal ampliou o acesso ao tratamento e ajudou a reduzir o número de casos graves.

Em 2006, 56,2% dos infectados fizeram exames passados menos de 48 horas do início dos sintomas da doença. Essa maior rapidez no diagnóstico permitiu uma queda significativa da mortalidade.

Taxa de letalidade da malária na Amazônia Legal



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



Você sabia?

- Grande parte dos casos de malária deve-se à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades como Manaus-AM, Porto Velho-RO e Cruzeiro do Sul-AC. Some-se a isso o desmatamento para extração de madeira e criação de gado, assentamentos precários e a além de agravos ao meio ambiente.

Dengue

A rápida expansão do mosquito *Aedes aegypti* explica-se, em grande parte, pelo processo de urbanização brasileiro, de complexos aglomerados urbanos nas periferias das cidades, graves problemas de abastecimento de água e coleta de lixo, produção excessiva de materiais não biodegradáveis – plásticos, vidros e outros –; e pelas mudanças climáticas que alteram sensivelmente o regime de chuvas e a temperatura ambiente.

Dois grandes períodos caracterizam a dengue no país. No primeiro, de 1986 a 1993, a introdução do vírus DEN-1 no Rio de Janeiro-RJ e sua expansão para algumas capitais do Nordeste, as ondas epidêmicas eram localizadas. No início dos anos noventa, introduz-se o sorotipo DEN-2 e registram-se os primei-

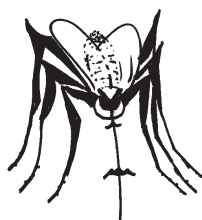
ros casos de febre hemorrágica pela dengue (FHD).

No segundo período da doença, de 1994 a 2002, assiste-se à rápida circulação do vírus pelo país, com epidemias de grande magnitude – como a de 1998, em Belo Horizonte-MG – intercaladas por transmissão de caráter endêmico em muitos Municípios. A aparição do sorotipo DEN-3 caracteriza aquela que foi a maior epidemia da história do país, em 2002, com cerca de 800.000 casos e epicentro a cidade do Rio de Janeiro-RJ.

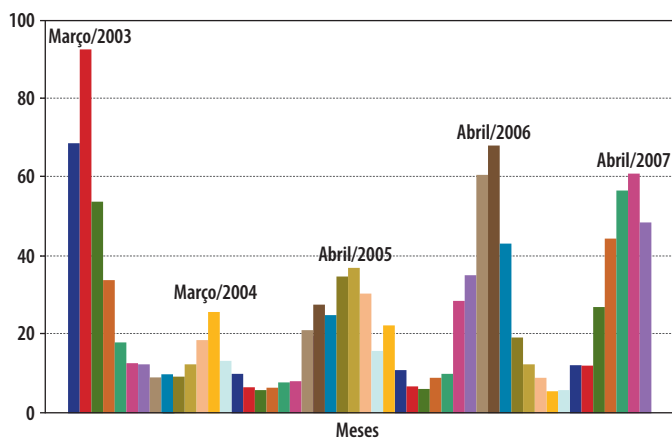
Nos últimos anos, em virtude do progressivo aumento da endemicidade nos principais centros urbanos brasileiros, tem-se observado um aumento na gravidade dos casos da dengue. No período de 1990 a 2006, foram registrados 6.272 casos de FHD, com 386 óbitos. Em

2006, com notificação de 345.922 casos, foram registrados 667 casos de FHD, com 77 óbitos, constatou-se a circulação simultânea dos sorotipos DEN-1, DEN-2 e DEN-3.

O Programa Nacional de Controle da Dengue, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tem garantido recursos e tecnologia aos Estados e Municípios. Estes têm melhorado, sensivelmente, sua estrutura de enfrentamento do mosquito e da doença, adequando seus quantitativos de agentes de controle de endemias, supervisores de campo, equipes de bloqueio, de vigilância entomológica e de saneamento. Não só esse trabalho das equipes locais como também a participação social são decisivos para o enfrentamento da dengue, necessariamente uma ação intersetorial.



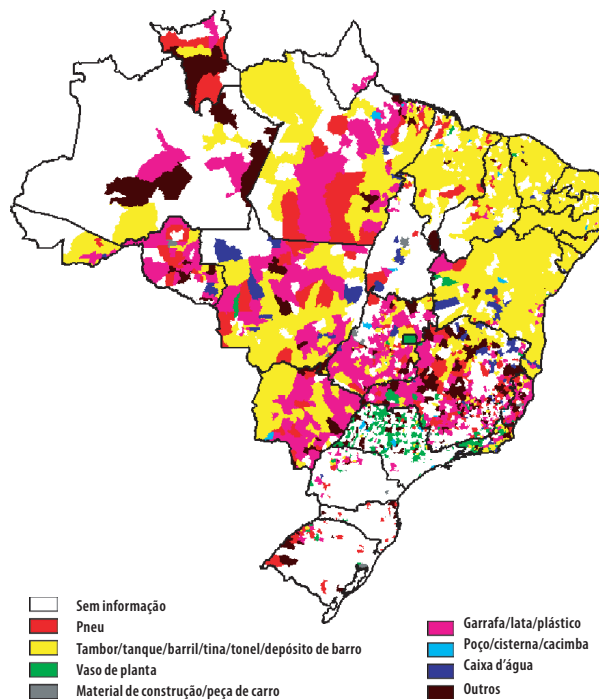
Incidência de dengue no Brasil *



Fonte: MS, SVS, PNCD.

*Incidência por 100.000 habitantes, em Municípios prioritários.

Aedes aegypti – depósitos predominantes em 2006



Fonte: MS, SVS, PNCD.

Doenças Preveníveis por Vacinas

Desde 1995, o SUS dispõe de dados de cobertura vacinal. Seu Programa Nacional de Imunizações (PNI) mantém essas coberturas de forma exemplar, principalmente pela dimensão continental do país e

complexidade logística e tecnológica envolvida.

Duas doenças já foram erradicadas: a varíola e a poliomielite. O sarampo local, autóctone, encontra-se eliminado; os casos ocorridos na

Bahia, em 2006, derivaram de um caso importado e foram rapidamente bloqueados. Entre 2001 e 2005, foram notificados 6.940 casos das principais doenças imunopreveníveis, com a ocorrência de 187 óbitos.

Casos confirmados e óbitos de doenças imunopreveníveis no Brasil

Agravos	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Tétano acidental ²	567	163	597	206	497	154	471	182	446	166	445	154
Tétano neonatal ²	43	32	37	28	18	11	15	9	10	7	8	5
Difteria ²	29	4	52	6	50	7	18	2	18	4	9	2
Coqueluche ²	877	12	745	7	1.038	27	1.341	34	1.267	19	778	20
Rubéola ¹	5.897	1	1.480	0	563	2	401	0	233	1	1.336	3
Sarampo ¹	1	0	1	0	2	0	0	0	6	0	57	0
Meningite por hemófilos ²	374	69	215	39	170	26	154	27	112	17	147	3
Somatório de doenças imunopreveníveis	7.788	281	3.127	286	2.338	227	2.400	254	2.092	214	2.780	187

Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM – e Boletim Nacional de Saúde – casos.

Da rubéola, que se encontrava em declínio, vêm sendo detectados surtos envolvendo adultos jovens, a princípio no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, hoje envolvendo sete Estados. Esse monitoramento mostra a necessidade de uma campanha de vacinação voltada aos adultos jovens, público imunologicamente

suscetível. Objetiva-se, dessa forma, interromper a transmissão da doença até 2010, conforme compromisso dos países das Américas, e enfatizar a eliminação da síndrome da rubéola congênita como prioridade.

A eliminação do tétano neonatal está próxima de ser alcançada. A

ocorrência de menos de dez casos nos últimos dois anos exige ações de vacinação da gestante pela rede de atenção básica. No tocante à ocorrência de meningite por hemófilos, desde a introdução da vacina Hib em 1999, verificou-se importante redução, tanto no número de casos quanto no de óbitos notificados.

VACINAÇÃO DE IDOSOS

A população idosa brasileira estava ausente dos postos de vacinação e dos serviços de medicina preventiva em geral. Desde 1999, o percentual de Municípios que alcançaram a meta de vacinação por ocasião da Campanha de Vacinação tem sido crescente, ano a ano. Segundo a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI –, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em 2006, dos 5.564 Municípios brasileiros existentes, apenas 255 (4,59%) não atingiram a meta de Campanha.

Após oito anos de mobilizações nacionais em campanhas de vacinação para os idosos e mais de 90 milhões de doses de vacina contra influenza administradas, o PNI já identifica importantes benefícios alcançados pela ação. O Brasil também dispõe da vacina contra influenza nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), vacinas para portadores de diversas doenças, para a população indígena e profissionais de saúde, entre outros.

Para saber mais:

Calendário vacinal, tipos de vacinas, informação e publicações sobre vacinas você encontrará em:

**www.saude.gov.br/svs >
imunizacao**

Aids

A feminização da aids

Em 1985, para cada 15 casos novos de aids em homens, contava-se uma mulher. Em 2005, são 10 mulheres para cada 15 homens com aids. A epidemia torna-se mais feminina, expressando a maior vulnerabilidade a que estão sujeitas as mulheres.

Nesse movimento, deve-se considerar a importante diminuição na incidência e mortalidade pela aids, importante vitória do SUS e das políticas públicas. Também é importante observar o deslocamento da epidemia: cada vez mais, ela vai dos centros urbanos para o interior do país, do Sul e Sudeste para o Norte e Nordeste, dos mais jovens para os mais velhos, dos brancos para os negros, dos mais ricos para os mais pobres, dos homo para os hetero-

sexuais. Registre-se, ainda, a diminuição importante de casos entre trabalhadoras do sexo e usuários de drogas injetáveis, fruto de políticas avançadas e corajosas de prevenção e redução de danos, tais como trocas de seringa para usuários de drogas injetáveis.

O SUS e a participação e mobilização de usuários e da sociedade civil têm sido decisivos para esse enfrentamento. São vitórias não apenas a queda da mortalidade e do número de casos novos no país como também – e isso é fundamental – a melhoria da qualidade de vida dos que vivem com HIV, a diminuição do preconceito, o aumento da consciência dos cuidados com a prevenção e da solidariedade.

Porcentagem (%) de brasileiros e brasileiras sexualmente ativos, entre 15 e 54 anos de idade, segundo o uso do preservativo em 2004

Uso de preservativo	Faixa etária (anos)		
	15 - 24	25 - 39	40 - 54
Uso de preservativo na última relação	57,3	36,6	22,3
Uso de preservativo na última relação com parceiro eventual	74,1	66,5	51,2
Uso regular de preservativo com qualquer parceria	39,0	22,0	16,1
Uso regular de preservativo com parceiro fixo	38,8	21,9	16,2
Uso regular de preservativo com parceiro eventual	58,4	48,7	41,5

Fonte: MS, SVS, PN-DST/Aids.



Você sabia?

- O laço foi criado em 1991, pela Visual Aids, grupo de profissionais de arte de New York que queriam homenagear amigos e colegas mortos pela aids. O grupo pretende conscientizar as pessoas para os riscos de transmissão do HIV e as necessidades dos que vivem com o vírus da aids, angariar fundos para sua assistência e para o financiamento de pesquisas. A cor vermelha foi justificada por sua associação ao sangue e à idéia de paixão.

Entre os jovens, 74% usaram preservativo na última relação com parceiro eventual.

Na faixa dos 40 aos 54 anos, 60% não fazem uso de preservativo com parceiro eventual; é entre eles e elas que a epidemia mais cresce.

Para saber mais:

Todas as pessoas têm direito à liberdade, ao respeito, à dignidade e à livre expressão da orientação sexual. A homossexualidade ainda é um tabu. “Chegou a hora de cuidar da saúde”, um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais, apresenta dicas sobre saúde (alimentação, gravidez, uso de drogas e menopausa), sexualidade e informações sobre a legislação brasileira. Publicação acessível no portal:

www.aids.gov.br > documentos e publicações

Ela pode ser solicitada pelo e-meio: saude.mulher@saude.gov.br

Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) você pode realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente.

Procure pelo CTA mais próximo ou escreva para: cta@aids.gov.br

Para maiores informações sobre a epidemia, **Disque Saúde: 0800 61 1997**

Conheça o MonitorAIDS – sítio de monitoramento do Programa Nacional de DST/Aids:

www.aids.gov.br > monitoraids





Emergências de Saúde Pública

Desde o início da década de 1980, algumas doenças infecciosas vêm sendo detectadas ou foram reintroduzidas no Brasil, destacando-se a aids (1980), a dengue (1982), a cólera (1991) e a hantavirose (1993). Destas, apenas a cólera tem apresentado redução significativa, na última década.

Ressalte-se ainda que, nos últimos anos, outras doenças infecciosas têm se expressado mundialmente, sob a forma de epidemias ou pandemias. Esse fato tem exigido do Governo Brasileiro o fortalecimento da capacidade do país para detectar e responder, prontamente, a esses novos agravos antes da sua introdução em território brasileiro. Entre essas ações, destaca-se a preparação para as ameaças da febre do Nilo Ocidental, da síndrome respiratória aguda grave e da influenza (ou gripe) aviária.

O mais recente desafio para a Saúde Pública global encontra-se na influenza aviária, cujo início aconteceu no sudeste asiático, em 2004, e que já acometeu milhões de aves em vários países. Os primeiros sinais desse risco ficaram evidentes a partir do momento em que surgiram os primeiros casos humanos da doença, transmitidos no contato direto com aves infectadas pelo vírus da influenza, denominado H5N1: aproximadamente, metade dos casos humanos morreu pela doença. A possibilidade de modificações genéticas no H5N1, tornando-o transmissível entre os humanos, criou as condições potenciais ao advento de uma epidemia em nível mundial e acendeu o sinal de alerta em todo o mundo, para que as medidas de preparação contra ela fossem adotadas por todos os países.

O risco do surgimento de uma nova pandemia, seja de influenza, seja provocada por outro agente biológico ou mesmo o risco da propagação internacional de agentes químicos ou radionucleares, coloca a necessidade de que o país se encontre preparado para sua prevenção ou enfrentamento. É fundamental o aprimoramento das estruturas nacionais para prevenção e controle de doenças, detecção precoce da ocorrência de uma doença ou agravo na população, análise de suas principais características epidemiológicas – populacionais, temporais e espaciais – e adoção das medidas adequadas para evitar, reduzir ou eliminar sua disseminação entre a população.

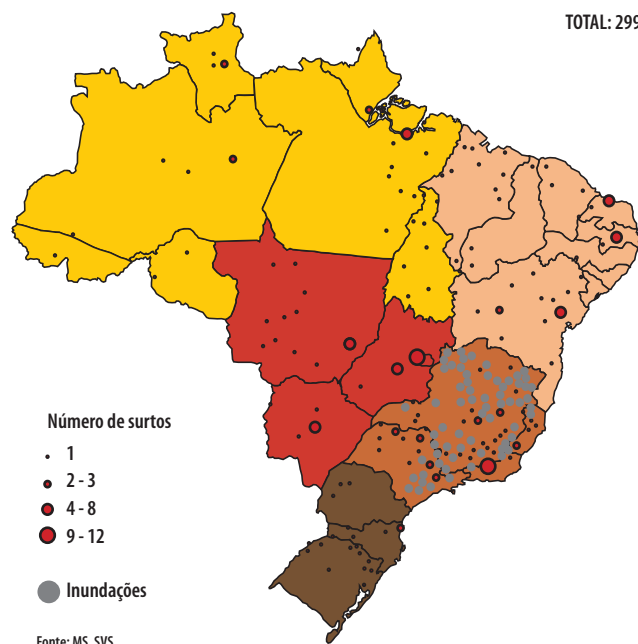


O CIEVS

Criado em julho de 2005, junto à SVS/MS, Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS – é uma avançada estrutura de vigilância e monitoramento de emergências epidemiológicas, especialmente dos agravos de notificação imediata e agravos inusitados.

Contando com sala de situação e de gerenciamento de emergências, está conectado em tempo real com centros semelhantes, como o do CDC de Atlanta (EUA), o de Lyon (França) e o da OMS, em Genebra, participando do monitoramento internacional de doenças e agravos. Conta com equipes especializadas, estrutura para deslocamento rápido, visando a investigação, e bloqueio *in loco* de alertas e investigação de emergências. Pertence ao Sistema Único de Saúde.

Eventos notificados ao CIEVS por Município de ocorrência – 2006-julho de 2007

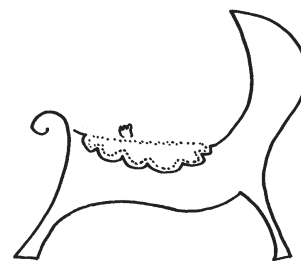


MORTALIDADE INFANTIL

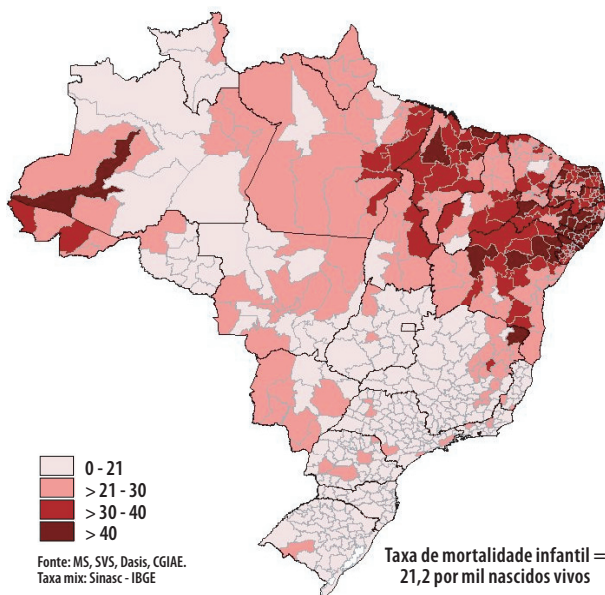
MORTALIDADE INFANTIL CAI PARA 21,2

A taxa de mortalidade infantil caiu para 21,2 por mil nascidos vivos em 2005: uma diminuição de 60% desde 1990. A tendência é de redução em todas as Regiões e Estados; à exceção do Rio Grande do Sul, onde encontra-se estabilizada desde 2000. A

maior redução ocorreu no período pós-neonatal (crianças de 28 dias a um ano de idade), mais sujeita a ações sócio-ambientais. As maiores reduções, nos últimos dez anos, foram observadas nas Regiões Nordeste e Sudeste.



Risco de morte – taxa mix* – de menores de um ano de idade por microrregiões brasileiras em 2005



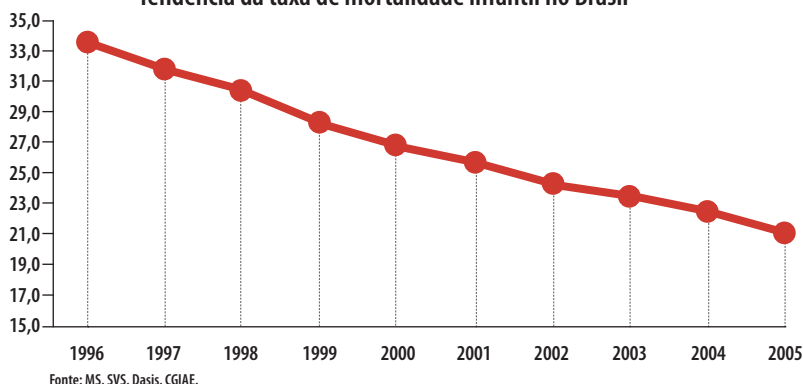
Você sabia?

- Para cumprir o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil precisa reduzir sua mortalidade infantil para menos de 18 por mil, até 2015. Em uma avaliação de 60 países, o Brasil surge entre os sete que têm condições de atingir a meta. Mantida a tendência, em 2015, terá a segunda menor taxa de mortalidade na infância entre esses países.
- A mortalidade neonatal (até 27 dias de vida) respondia, em 2004, por 57% das mortes de menores de um ano (30.900 óbitos). Está associada ao acesso e qualidade dos serviços, em especial de pré-natal, hospitais e maternidades.
- Embora em acentuada queda, em 2006, morreram 1.153 crianças menores de um ano por diarreia e 409 por desnutrição protéico-calórica. Chama a atenção a morte de 57 crianças por sífilis congênita, denotando falta de acesso (ou qualidade) do pré-natal.
- O risco de uma criança negra morrer antes dos cinco anos de idade é 60% maior que o de uma criança branca. A desnutrição como causa de morte foi seis vezes maior entre os índios; está relacionada não apenas à alimentação mas a seu direito a terra e cultura.

70% das mortes evitáveis dependem da atenção direta à saúde da mulher, na gestação e no parto, e ao recém nascido, nos primeiros dias de vida.

Exigem investimento tecnológico, garantia de acesso e qualidade.

Tendência da taxa de mortalidade infantil no Brasil



MORTALIDADE MATERNA

Estima-se que ocorram 75 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos no Brasil

Razão de mortalidade materna no Brasil



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

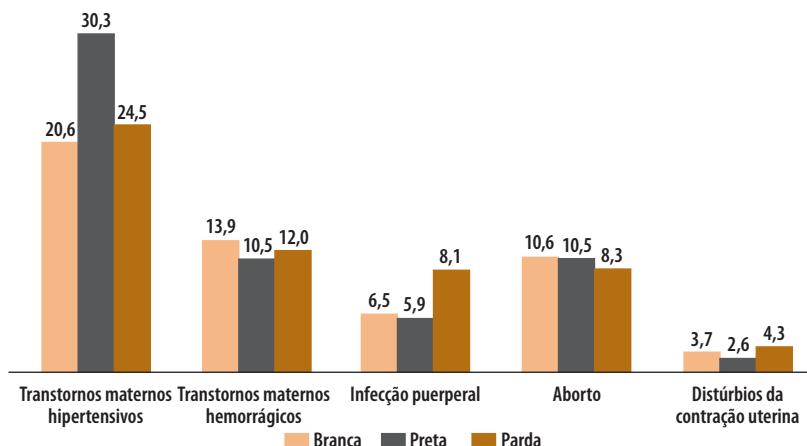
Nota: Razão de Mortalidade Materna (RMM) corrigida com o fator de correção de 1,4 – obtido na Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, de 2002 (Laurenti e colaboradores., 2004).



Os problemas relacionados com pressão alta foram os maiores responsáveis por mortes maternas. E as mulheres negras, suas maiores vítimas.

Mortes maternas e desigualdade racial

Principais causas diretas de morte materna no Brasil, por raça/cor, em 2005



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

Em 2005, ocorreram 1.619 mortes de mulheres por causas ligadas a gravidez, parto, puerpério e aborto. Essas mortes, em sua quase totalidade, são evitáveis. De qualquer maneira, é preciso cautela ao interpretar esses números, por dois motivos. Em primeiro lugar, porque muitas ocorrências não são notificadas, prejudicando a informação e o mapeamento da distribuição das mortes maternas e suas causas; e em segundo lugar, porque a melhoria dos sistemas de informações leva ao aumento do número de casos, até então invisíveis. Estudo realizado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), em 2002, considera a necessidade de um fator de correção de 40% sobre a mortalidade materna informada para o Brasil como um todo.

O enfrentamento dessas mortes evitáveis e a melhoria da informação tem sido uma luta constante dos Comitês de Mortalidade Materna, cujo número cresceu de 495, em 2001, para 951, em 2005. E passa a ser uma política central do Ministério da Saúde, com a estruturação de um sistema de vigilância ativo e aberto à participação da sociedade.

EM 2005, OCORRERAM CERCA DE 60 MIL ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO BRASIL

Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, por Estados brasileiros

Estados	2001	2002	2003	2004	2005
Rondonia	0,0	-	-	1,0	50,5
Acre	3,2	13,6	49,7	73,3	20,0
Amazonas	20,0	17,0	0,0	16,8	1,2
Roraima	7,6	10,0	6,1	6,0	7,0
Pará	0,0	0,0	0,0	16,7	-
Amapá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	30,0	38,5	51,3	60,2	-
Maranhão	10,0	12,0	29,6	-	-
Piauí	50,0	0,0	0,1	10,0	36,5
Ceará	35,0	66,3	71,0	95,4	86,9
Rio Grande do Norte	50,0	1,9	16,9	25,5	58,4
Paraíba	1,1	0,7	2,7	17,4	53,1
Pernambuco	20,0	25,0	80,0	51,6	92,3
Alagoas	40,0	0,2	1,3	49,0	37,0
Sergipe	4,0	4,9	34,8	43,4	14,7
Bahia	10,0	2,9	10,9	30,0	32,0
Minas Gerais	-	-	-	18,4	35,0
Espírito Santo	20,0	57,0	54,5	89,9	65,2
Rio de Janeiro	100,0	-	28,0	-	68,9
São Paulo	-	-	-	57,0	-
Paraná	100,0	81,4	65,8	92,0	93,9
Santa Catarina	50,0	0,0	-	17,7	-
Rio Grande do Sul	100,0	100,0	-	64,6	80,0
Mato Grosso do Sul	20,0	33,9	50,0	72,0	91,0
Mato Grosso	50,0	0,0	0,0	25,8	30,3
Goiás	100,0	100,0	100,0	100,0	82,0
Distrito Federal	100,0	4,6	0,0	84,7	117,1

Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

PARTICIPE DOS COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA!

Comitês formados por profissionais de saúde e representantes da comunidade, investigam as mortes das mulheres para saber como poderiam ter sido evitadas. Sabendo quais, por que e de que morrem as mulheres de sua cidade, na gravidez e no parto, você estará transformando as práticas de saúde e contribuindo para diminuir essas mortes evitáveis. Informe-se no Conselho Municipal de Saúde.

O aborto é um problema de Saúde Pública de grande magnitude:

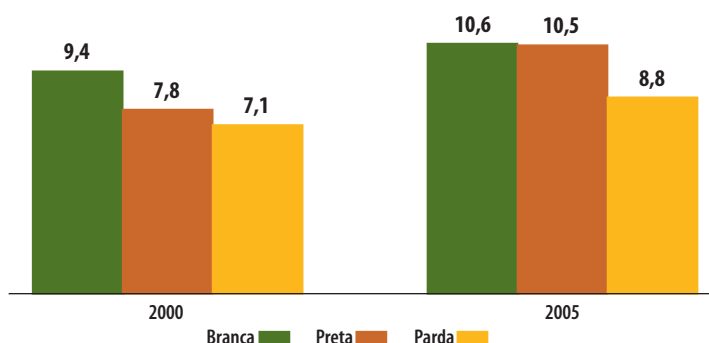
- 686 mulheres são internadas pelo SUS, a cada dia, em decorrência de complicações relacionadas ao aborto.
- 250.447 mulheres foram internadas em 2006, representando mais de quatro abortos para cada mil mulheres em idade fértil.

Os abortos contribuem com 15% da mortalidade materna. Recente pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) estima que ocorreu cerca de um milhão de abortos no Brasil, em 2005.

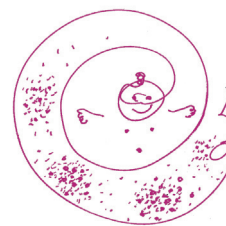
O Comitê da Organização das Nações Unidas pela Eliminação da Discriminação da Mulher mostra que a tipificação do aborto como delito ou

crime não reduz sua incidência. Ao contrário, isso tem contribuído para aumentar a prática em situação de risco, com impactos graves para a saúde e a vida das mulheres. A prática do aborto inseguro evidencia diferenças socioeconômicas, culturais, étnico-raciais e regionais: mulheres com mais recursos econômicos realizam aborto com mais segurança, em melhores condições de higiene.

Porcentagem de óbitos maternos decorrentes de aborto, por raça/cor, no Brasil



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

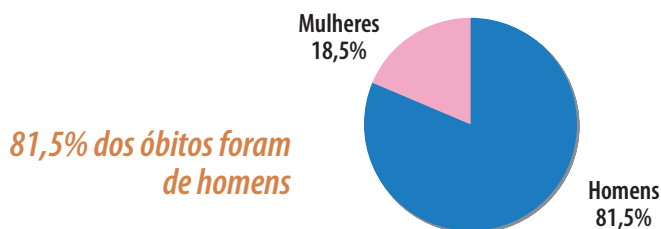


Você sabia?

- Existem em quase todos os Estados brasileiros, serviços públicos de atenção à violência sexual e de aborto legal. Eles são lei – uma conquista dos movimentos feministas e de mulheres. Conheça a aplicação da legislação de direitos reprodutivos em seu Estado ou sua cidade.

VIOLÊNCIAS E CAUSAS EXTERNAS

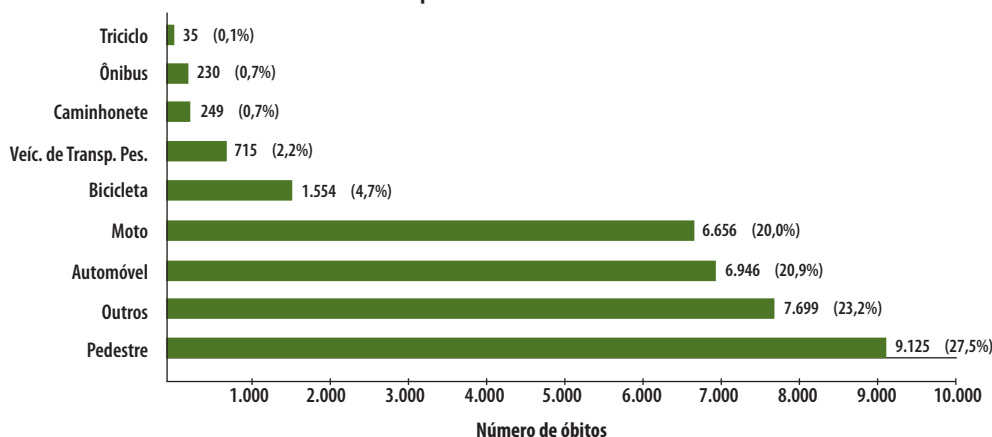
Óbitos por violências e causas externas



As causas externas foram responsáveis por 127.633 óbitos em 2005 (12,7% do total de óbitos). Seus principais componentes são os acidentes de trânsito e os homicídios.

Os Acidentes de Trânsito

Número de óbitos por acidentes de transporte terrestre segundo meio de transporte da vítima no Brasil em 2006

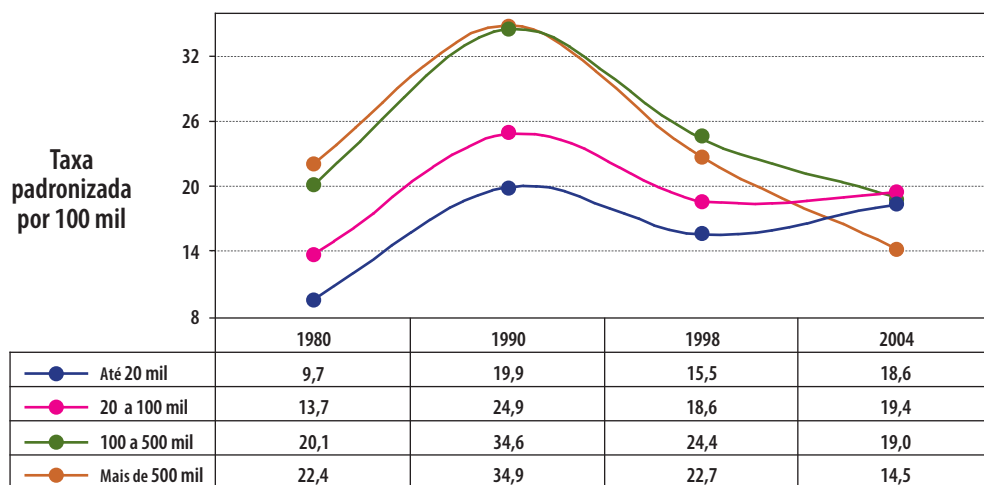


Fonte: MS, SVS, Dasis

Ocorreram 35.500 óbitos por acidentes de transporte terrestre no Brasil em 2005.

A queda das taxas e do número absoluto de óbitos no período de 1998 a 2000 pode estar relacionada à implantação do Código Brasileiro de Trânsito e seus desdobramentos, como novos valores das multas, obrigatoriedade do cinto de segurança, sistemas de pontuação nas carteiras de motorista, entre outras mudanças.

Cai a mortalidade por acidente de trânsito nas grandes cidades (e sobe nas menores)



O risco de morte por acidentes nos Municípios com mais de 500 mil habitantes vem caindo.

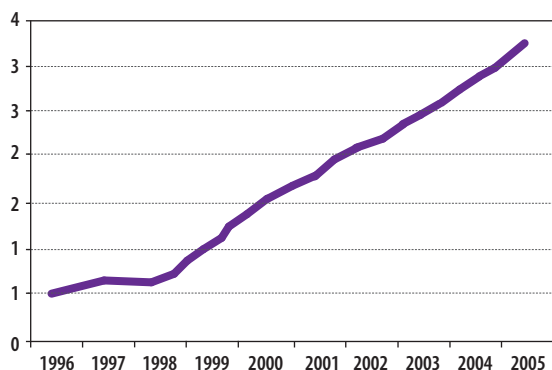
Nos Municípios com até 100 mil habitantes, caiu mas voltou a subir recentemente.

É possível a redução dessas taxas de mortalidade com prevenção e articulação intersetorial.

Fonte: MS, SVS, Dasis – "Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde".

EXPLODE O NÚMERO DE MORTES POR ACIDENTES COM MOTOCICLETAS NO BRASIL

Taxa padronizada de mortalidade – por 100 mil –
por acidentes com moto no Brasil

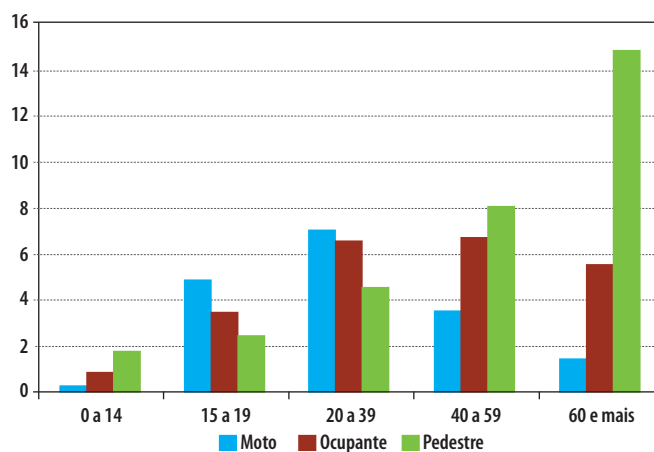


Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

A mortalidade por acidente com motocicleta continua crescendo em todo o país.

Em 2006, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, o óbito por acidente com motocicleta, pela primeira vez, supera o óbito por acidente de automóvel.

Taxa específica de tipo de acidente por idade no Brasil em 2006



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.

Os idosos são as maiores vítimas de atropelamentos.

Acidentes por motos são a causa de morte mais frequente dos 15 aos 39 anos.

CAI O NÚMERO DE HOMICÍDIOS NO BRASIL

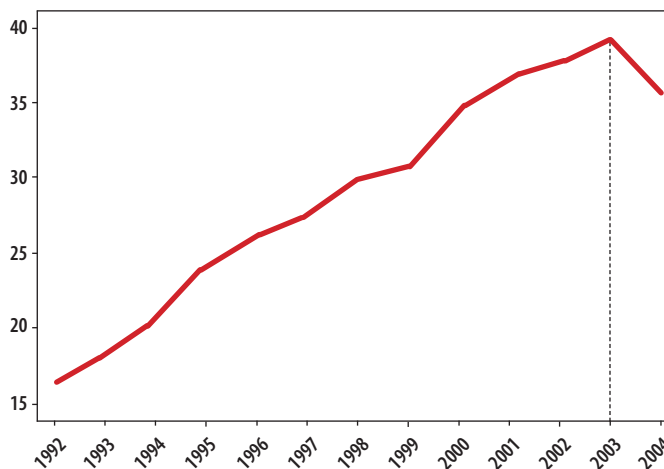
De 1980 a 2003, a taxa de homicídios quase dobrou: de 14,1 óbitos para cada 100 mil habitantes, passou para 29 óbitos por 100 mil hab. A partir de 2003, ocorre uma inversão nessa tendência. Se compararmos 2006 com 2003, observamos uma queda de 12,5% no número de homicídios: de 51 mil homicídios em 2003, para 44.600 em 2006.

No final de 2003, foi implantado o Estatuto do Desarmamento no Brasil, determinando um maior controle sobre a venda, compra e registro de armas de fogo. Em julho de 2004, deu-se início ao recolhimento voluntário dessas armas. Tais medidas são apontadas como responsáveis pela redução das taxas de mortalidade e de internação no SUS por agressão. Em estados onde o recolhimento de armas de fogo foi maior, houve maior redução das taxas de mortalidade.

Em todas as Regiões, homens jovens estão sob maior risco de serem vítimas de homicídios; com 15 anos, as taxas dispararam para cima e voltam a cair a partir de seus 30 anos de idade.

Óbitos por arma de fogo. Brasil, 1992 a 2004

Óbitos (em mil)



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE – SIM.



SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

Apresentamos aqui alguns resultados da pesquisa “Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, por meio de seu Núcleo de Opinião Pública, em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) Nacional e o SESC/São Paulo.

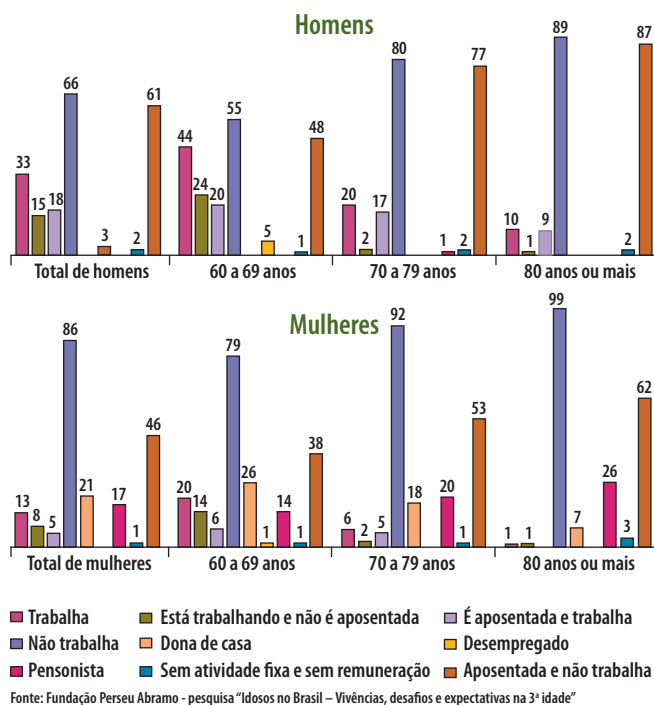
Os questionários respondidos por 3.759 brasileiros e brasileiras, das cinco Regiões do país, demonstram a falta de informação na sociedade sobre a velhice e as reais necessidades dos idosos, sejam físicas, morais, sociais, culturais e/ou de garantia de direitos.

Os resultados da pesquisa também apresentam dados sobre o preconceito existente, embora nem sempre identificado pelos idosos; a violência contra o idoso, praticada na esfera doméstica e pública e, principalmente, suas demandas específicas, como saúde, lazer, educação e outras.

Conheça o conteúdo completo da pesquisa:

www2.fpa.org.br/portal/

Ocupação de homens e mulheres após os 60 anos de idade

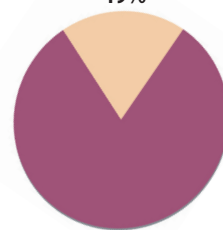


Queixas de Saúde no Envelhecimento

Tipo de doença	TOTAL	Total de 60 a 69 anos	Total de 70 a 79 anos	Total de 80 anos ou mais	Total de 60 a 69 anos	Total de 70 a 79 anos	Total de 80 anos ou mais
Pressão alta/hipertensão	43	32	30	37	32	51	49
Problema de vista	26	25	25	28	17	26	22
Dores nas costas/de coluna	23	18	18	19	15	26	26
Diabetes	13	9	8	14	2	15	13
Doenças do coração (infarto etc.)	13	11	9	14	16	13	12
Colesterol alto	13	9	11	7	1	16	13
Artrose/dor nas articulações	11	6	6	6	6	15	14
Reumatismo	9	6	5	9	6	12	11
Osteoporose/fraqueza dos ossos	9	3	2	5	4	13	11
Problemas de circulação (dormência, varizes)	8	4	2	6	8	11	10
Cansaço/falta de ar	8	5	4	7	8	9	7
Problemas no estômago	7	4	3	5	4	9	10
Problemas do sistema nervoso/ansiedade/aflição	6	3	3	4	2	7	6
Tonturas/quedas com facilidade	6	3	2	3	6	9	6
Problemas de memória	6	4	3	5	6	7	6
Dores de cabeça constantes	5	2	2	4	2	7	9
Não tem nenhuma doença	17	21	30	16	-	14	16

Fonte: Fundação Perseu Abramo - pesquisa “Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade”

Não se queixa de doença:
19%



Queixa-se de alguma doença:
81%

Fonte: Fundação Perseu Abramo - pesquisa “Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade”

Para saber mais:

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria MS nº 2528, de 19 de outubro de 2006.

www.saude.gov.br/sas/saude-do-idoso

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A SGEP

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde foi criada para estimular e apoiar a participação social em todas as esferas do SUS, incluindo os Conselhos e Conferências, Comitês de Promoção da Equidade em

Saúde e Educação Permanente para o Controle Social, além de contar com o trabalho do Departamento Nacional de Auditoria (Denasus), do Departamento de Ouvidorias Geral do SUS e do Departamento de Monitoramento e Avaliação da

Gestão, visando criar processos e instrumentos voltados à produção e manutenção de espaços e instrumentos democráticos de gestão, abertos à participação e ao controle social.

PARTICIPE!

Leia, Assine e Divulgue o Painel de Indicadores do SUS

Uma visão panorâmica da Saúde Coletiva comprometida com o SUS

Como assinar?
Mande um e-meio para nós:
SGEP.dema@saude.gov.br

Ouvidoria Geral do SUS

Instrumento de gestão e participação

Em 2006, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – Doges –, recebeu 6.322.854 ligações em sua central de tele-atendimento, produzindo mais de 15 milhões de atendimentos à população brasileira.

Desde abril de 2006, encontra-se implementado o “Sistema Ouvidor SUS”, que organiza, acompanha e controla todas as demandas, encaminhadas por carta, e-meio, telefone, fax ou pessoalmente.

Mais informações?
Montar uma Ouvidoria em seu Estado ou Município? Acesse:
www.saude.gov.br > ouvidoria



Disque Saúde: 0800 61 1997

Denúncias, reclamações, elogios e sugestões
Campanhas do Ministério da Saúde
Doenças e orientações de saúde
Ações e políticas de saúde
Preço de medicamentos
Pare de fumar

Serviço gratuito, segunda a segunda, 24 horas por dia.
Atendimento ao vivo, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19h.

Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde

Instrumento para sua informação e comunicação

Seu Município está cadastrado?
Seus dados estão atualizados?

Conheça e visite o
Conselho Nacional de Saúde na Internet:
www.conselho.saude.gov.br

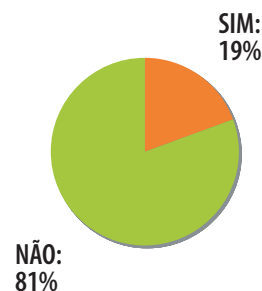
São 75 mil Conselheiros Municipais de Saúde

O número de Conselheiros Municipais de Saúde varia com o tamanho das cidades. Nos Municípios com até 100 mil habitantes, a média é de 13,4 membros. Nos Municípios maiores, é de 23. Assim, Minas Gerais tem o maior número, 11.400, São Paulo é o segundo, com 8.950, e o Rio Grande do Sul é o terceiro, com cerca de 8.230.

Analisando-se cerca de 2.400 Conselhos Municipais de Saúde – CMS – que responderam à pes-

quisa da SGEF/Fiocruz, notam-se sérios problemas de estrutura. Chama a atenção que 81% não têm sede própria, dependendo de arranjos ou favores para cada ação ou reunião. Destes, 40% não têm sequer telefone. Assim, não é de se estranhar que 72% não tivessem computador – condição que se espera, agora, reverter com o Projeto de Inclusão Digital da SGEF e do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, 43% conseguiram acessar a Internet.

Existência de sede dos CMS



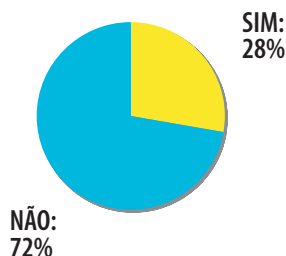
Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil – MS, SGEF; Fiocruz.

Existência de computador no Conselho Municipal de Saúde

Inclusão digital

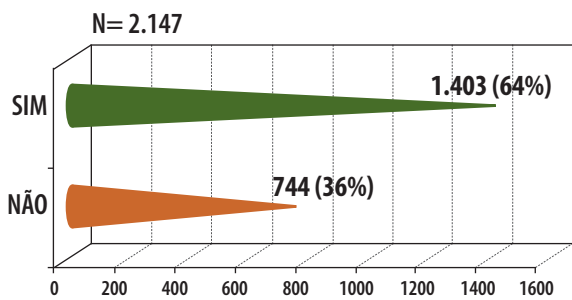
A SGEF/MS, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, iniciou programa de inclusão digital para o controle social, com a distribuição de 3.170 computadores aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde de todo o país. Basta estar atualizado no Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. A ordem de entrega segue critérios de equidade.

A segunda etapa prevê, além de mais computadores, equipamentos de multimídia, conectividade em banda larga, capacitação dos Conselheiros e suporte técnico.



Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil – MS, SGEF; Fiocruz.

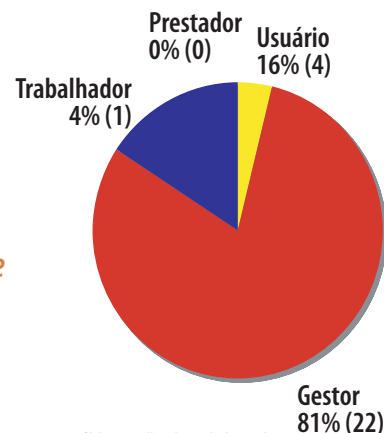
Ocorrência de eleição dos Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil – MS, SGEF; Fiocruz.

Segmento do Presidente do CMS

O presidente do CMS, eleito em 65% dos Municípios, é gestor ou prestador de serviços (76%), usuário (12%) ou trabalhador da saúde (12%). Mulheres são presidentas em 43% dos Conselhos Municipais de Saúde.



Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil – MS, SGEF; Fiocruz.

25% DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE JÁ CONQUISTARAM ORÇAMENTO PRÓPRIO

Outro dado importante é a existência de comissões permanentes em apenas 20% dos Conselhos, indicando que a grande maioria funciona apenas com seu pleno, em

reuniões periódicas, sem oferecer estrutura para sua ação cotidiana. Grupos de trabalho são ainda mais raros: existem em apenas 10% dos Conselhos Municipais.

A Gestão Participativa por Regiões em 2007

Municípios da Região	Conselhos Gestores	Ouvidoria	Ações de monitoramento e avaliação	Ações de auditoria
Norte	98	20	126	63
Nordeste	461	145	631	288
Sudeste	524	224	566	374
Sul	451	259	359	280
Centro-Oeste	154	63	131	69
TOTAL	1.688	711	1.813	1.074

Fonte: Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil - Equipe DCS/Nupes-DAPS/ENSP/Fiocruz.

Outra pesquisa, realizada pela SGE/MS e as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde, traz dados importantes sobre a situação atual da Gestão Participativa: hoje,

existem 711 Ouvidorias, ações de monitoramento e avaliação em 1.813 cidades, e de auditoria em 1.074. Os Conselhos Gestores estão presentes em 1.688 Municípios.

Aumenta a participação em todas as áreas

Conferências Nacionais realizadas pela primeira vez, de 2003 a 2006

- 1ª Conferência Nacional das Cidades
- 1ª Conferência Nacional Infanto-juvenil do Meio Ambiente
- 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
- 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para a Juventude
- 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
- 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
- 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial
- 1ª Conferência Nacional de Agricultura e Pesca
- 1ª Conferência Nacional do Esporte
- 1ª Conferência Nacional do Meio Ambiente
- 1ª Conferência Brasileira sobre Arranjos Produtivos Locais
- 1ª Conferência Nacional de Educação Profissional e Tecnológica
- 1ª Conferência Nacional dos Povos Indígenas
- 1ª Conferência Nacional de Economia Solidária
- 1ª Conferência Nacional da Cultura



METAS DO MILÊNIO

A Assembleia 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.

NA INTERNET

BRASIL

Governo Federal
www.brasil.gov.br

MS

Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

OPAS

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

CNS

Conselho Nacional de Saúde/MS
www.conselho.saude.gov.br

RIPSA

Rede Interagencial de Informação para a Saúde
www.opas.org.br/ripsa

BVS/MS

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

CONASS

Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
www.conass.org.br

CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
www.conasems.org.br

Datasus

Departamento de Informação e Informática do SUS/MS
www.datasus.gov.br

CADERNOS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>

CGU

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

IPEA

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

IBGE

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

DIEESE

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

Notícias, informações e acesso a todos os Ministérios, Secretarias, Programas e Projetos

Portal do MS. Informações para usuários, trabalhadores e gestores, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos. Legislação, publicações e muito mais.

Informações e atualidades, acesso a redes e ao boletim eletrônico, informativos e publicações. Acesso à OMS e outras instituições.

Informação atualizada sobre o Conselho, conferências, lutas e atividades em curso. Boletins, jornais e publicações. Acesso ao Cadastro Nacional, pautas, deliberações e muito mais.

Os Indicadores e Dados Básicos para Saúde (IDB) são os principais produtos da Ripsa, atualizados anualmente. Notícias e informações sobre sua estrutura e funcionamento.

Importante repositório de textos e publicações da área da Saúde, com entradas para redes e bibliotecas virtuais, legislação federal, bases de dados, notícias e publicações.

Notícias e informação atualizada sobre o Conselho, as Secretarias de Estado da Saúde e atividades em curso. Publicações, Coleção Progestores, Legislação do SUS e matérias de interesse.

Portal das Secretarias Municipais de Saúde. Informação atualizada e notícias. Publicações, acesso a outros portais, Legislação do SUS e muito mais.

Acesso interativo às principais bases de dados do MS. informações em saúde, produção ambulatorial e hospitalar, aplicativos, arquivos e publicações.

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

O Portal da Transparência permite ao cidadão acompanhar a execução orçamentária dos programas e ações de governo federal e os recursos transferidos a Estados e Municípios.

Informações socioeconômicas sobre o país, publicações, arquivos e biblioteca, estudos e pesquisas setoriais voltadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas.

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.

Informações sobre emprego e desemprego, custo de vida, cesta básica, salário mínimo. Publicações, estudos e pesquisas, notas técnicas, indicadores, metodologias e cooperação técnica.

Monitoraids

Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

www.aids.gov.br/monitoraids

Instrumento de monitoramento da epidemia, com indicadores socioeconômicos e epidemiológicos, para o Brasil, macrorregiões e Estados. Boletins epidemiológicos, textos e informação.

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, fotocópia.

ABRASCO

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

www.abrasco.org.br

Notícias e informação atualizada na área da Saúde Coletiva. Biblioteca e livreria. Boletins, revistas e livros. Relatórios e textos dos grupos de trabalho temáticos.

FGV

Fundação Getúlio Vargas

www.fgv.br

Pesquisas, bibliotecas e publicações. Indicadores econômicos.

IBASE

Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

www.ibase.org.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.

REDE FEMINISTA DE SAÚDEwww.redesaude.org.br

Portal da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, reúne informações, documentos, publicações e *links* com outros movimentos e entidades, além de publicar boletins eletrônicos

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 disponibilizadas gratuitamente pela Internet.

Banco de preços em saúde<http://dtr2001.saude.gov.br/banco/index.htm>

Serviço do MS. Informações de preços e relatórios gerenciais visando não apenas à divulgação dos preços como também auxiliar as instituições na melhor gestão de seus recursos financeiros e de seus produtos de saúde.

Sistemas de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúdehttp://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1078

Bancos de dados com a finalidade de fornecer informações sobre o mercado de trabalho em saúde, a serem utilizadas como instrumento para a tomada de decisão e apoio à formulação de políticas nas três esferas de governo, bem como ao setor privado complementar.



PUBLICAÇÕES



Painel de Indicadores do SUS

Visão panorâmica e exploratória da Saúde Pública, o Painel de Indicadores do SUS, dirigido aos Conselheiros de Saúde-usuários, trabalhadores e gestores, apresenta um breve perfil dos impactos da transição demográfica, dos novos modos de vida e das políticas públicas nos indicadores de saúde do País. Disponível no

sítio:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_do_sus.pdf

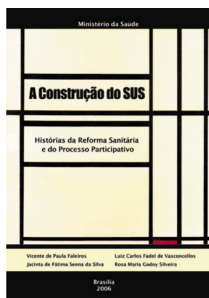


Painel Saúde da Mulher

Inaugurando a série temática dos painéis de Indicadores do SUS.

Disponível no sítio:

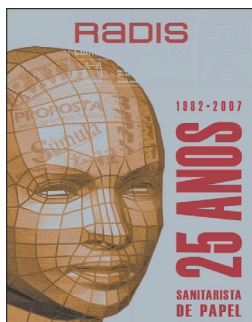
<http://www1.saude.gov.br>



A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo

Publicação acessível no sítio:

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



RADIS – Comunicação em saúde

Publicação mensal, difusora nacional de jornalismo em Saúde Pública. Vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz):

<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/>

Saúde Brasil 2004, 2005 e 2006 – uma análise da situação de saúde

Publicação fundamental para o conhecimento da situação de saúde no Brasil e suas desigualdades, a série Saúde Brasil é voltada à produção e disseminação de análises epidemiológicas que visam aprimorar o conhecimento para a ação, além de fornecer elementos para a compreensão dos determinantes sociais e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer.

É produzido pelo Departamento de Análise da Situação da Saúde da SVS/MS. Disponíveis no sítio:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133





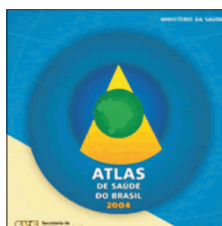
O SUS de A a Z

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/>



Atlas de Saúde do Brasil

Permite conhecer a situação de saúde de seu Município.

Publicação da SVS/MS, disponível no sítio:

www.saude.gov.br/svs/atlas



Jornal da Rede Feminista de Saúde: PAISM 20 anos depois

Publicação comemorativa dos 20 anos do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Publicação acessível no sítio:

<http://www.redesaude.org.br/dossiês.htm>



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.

Publicação da SVS/MS, disponível no sítio:

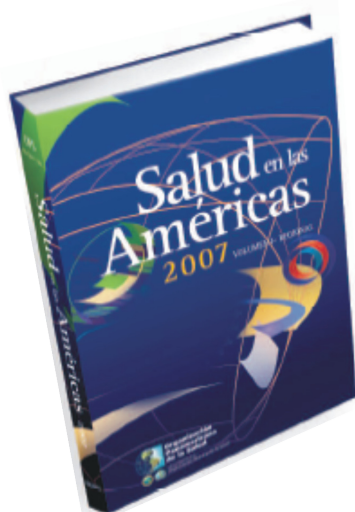
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133



Saúde Mental no SUS, 2003-2006

Relatório de Gestão

Relata o processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental a partir das ações do Ministério da Saúde no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período de 2003 a 2006. São apresentadas séries históricas para a melhor compreensão da mudança de cenário ocorrida, além de análise das dificuldades e impasses e indicação de futuras ações.



SALUD EN LAS AMÉRICAS

Valioso estudo para quem quer saber mais sobre a Saúde nos países das Américas.

Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Disponível em espanhol; e em versão eletrônica gratuita.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Um século de luta pelo direito à saúde

O filme aborda mais de 100 anos de nossa história, dos acúmulos e conquistas sociais que resultaram na institucionalização do SUS. Dirige-se especialmente aos conselheiros e conselheiras de saúde, movimentos sociais, instituições de ensino e entidades de trabalhadores, além de estimular o debate das etapas municipais e estaduais das conferências de saúde e servir como material didático na formação de conselheiros e profissionais de saúde em escolas, cursos e centros de formação.

Para obter cópias ou informações, fale conosco:

SGEP.dema@saude.gov.br

ou acesse e grave no endereço:

www.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1zip



SIGLÁRIO

ACD – Auxiliares de consultório dentário	INPC – Índice Nacional de Preços ao Consumidor
ACS – Agente comunitário de saúde	Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
AVC – Acidente vascular cerebral	MS – Ministério da Saúde
BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, Banco Mundial	Nupes – Núcleo de Estudo Político-Sociais em Saúde
CDC – <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>	OMS – Organização Mundial da Saúde
CEO – Centro de especialidade odontológica	ONU – Organização das Nações Unidas
CGIAE – Coordenação-Geral de Informações e Análise em Epidemiologia	OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
CGU – Controladoria-Geral da União	PHPN – Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
CIB – Comissão Intergestores Bipartite	PIB – Produto Interno Bruto
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão	PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CIEVS – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde	PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue
CIT – Comissão Intergestores Tripartite	PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST e Aids
CMS – Conselho Municipal de Saúde	PNI – Programa Nacional de Imunização
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	PPI/VS – Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde	Proesf – Programa de Apoio à Saúde da Família
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	PSF – Estratégia (Programa) Saúde da Família
CONASS – Conselho Nacional Secretários de Saúde	ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
CRIE – Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais	Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento	RMM – Razão de Mortalidade Materna
DAE – Departamento de Atenção Especializada	SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica	SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
Dasis – Departamento de Análise de Situação em Saúde	SCTI – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Datusus – Departamento de Informação e Informática do SUS	SESC – Serviço Social do Comércio
DEMAGS – Departamento de Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS	SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Denasus – Departamento Nacional de Auditoria do SUS	SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis	SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública	SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
EUA – Estados Unidos da América	Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
FGV – Fundação Getúlio Vargas	Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
FHD – Febre hemorrágica pela dengue	SUS – Sistema Único de Saúde
Fiocruz – Fundação Instituto Oswaldo Cruz	SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
FSP – Faculdade de Saúde Pública	TCG – Termo de Compromisso de Gestão
Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia	THD – Técnicos de Higiene Dental
HIV – <i>Human immunodeficiency virus</i> (vírus da imunodeficiência humana)	UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	USP – Universidade de São Paulo
IDB – Indicadores e Dados Básicos	UTI – Unidade de tratamento Intensivo
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano	UTI – Unidade de tratamento intensivo
IMS – Instituto de Medicina Social	Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
Inca – Instituto Nacional do Câncer	WHR – <i>World Health Report</i>