

Ministério da Saúde

Plano Nacional de Saúde

PNS 2016-2019

Brasília/DF, 2016.

Sumário

Introdução	3
1. Estruturação do Plano	4
2. Análise Situacional	7
2.1. Estrutura do sistema de saúde	7
2.2. Panorama demográfico	8
2.3. Morbidade e Mortalidade	10
2.4. Determinantes e Condicionantes de Saúde	24
2.4.1. Aspectos Socioeconômicos	24
2.4.2. Condições de Vida, Trabalho e Ambiente	27
2.4.3. Hábitos e Estilos de Vida	28
2.5. Acesso a Ações e Serviços de Saúde	30
2.5.1. Atenção Básica	31
2.5.2. Atendimento Ambulatorial no SUS: Produção Básica e Especializada	33
2.5.3. Atenção às urgências	34
2.5.4. Assistência farmacêutica	35
2.5.5. Atenção a populações específicas	38
2.5.5.1. Saúde da Mulher e da Criança	38
2.5.5.2. Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.	39
2.5.5.3. Saúde mental	41
2.5.5.4. Atenção à saúde da população indígena	41
2.5.5.5. Atenção à Pessoa com Deficiência	42
2.5.6. A Atenção Hospitalar no SUS	42
2.5.7. Transplantes	44
2.5.8. Imunizações	45
2.5.9. Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde.	46
2.6. Gestão em saúde	48
2.6.1. Recursos financeiros	48
A. Dotação federal e alocação nacional de recursos	48
B. Formas de rateio federativo e de transferências, considerando o princípio da equidade	49
C. Acompanhamento e verificação das aplicações mínimas pelos entes federativos	50
D. Recursos Orçamentários	50
2.6.2. Gestão do trabalho e da educação em saúde	52
3. Objetivos e Metas	54

Objetivo 01. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.	54
Objetivo 02. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.....	56
Objetivo 03. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.	59
Objetivo 04. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	61
Objetivo 05. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social.	65
Objetivo 06. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.....	67
Objetivo 07. Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.	69
Objetivo 08. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.	72
Objetivo 09. Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.	74
Objetivo 10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.....	76
Objetivo 11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.	79
Objetivo 12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.....	81
Objetivo 13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.	82
4. Gestão do Plano	83
Anexo – Indicadores	85

Introdução

O presente Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2016 a 2019. Ele orienta a implementação de todas as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais de governo, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para o seu atendimento.

A elaboração deste plano envolveu os órgãos e entidades da estrutura do Ministério da Saúde (MS) e ocorreu de forma compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, instrumento de governo que estabelece metas e considera as fontes de financiamento da política, bem como com as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultante do consenso dessa ordem de debates, este plano é apresentado em quatro seções, além desta introdução e de um anexo com os indicadores de avaliação. A primeira contempla a fundamentação legal e normativa, atribuições e responsabilidades institucionais das instâncias gestoras do SUS, elementos componentes e eixos orientadores da composição temática do Plano. A segunda contém uma síntese das condições de saúde da população brasileira, do acesso e da oferta de ações, serviços e produtos, apontando questões estratégicas para a gestão do SUS. A terceira indica as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e aprimoramento do SUS. A quarta apresenta as prerrogativas essenciais à gestão eficaz do plano.

Com esses atributos o PNS visa à ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros.

1. Estruturação do Plano

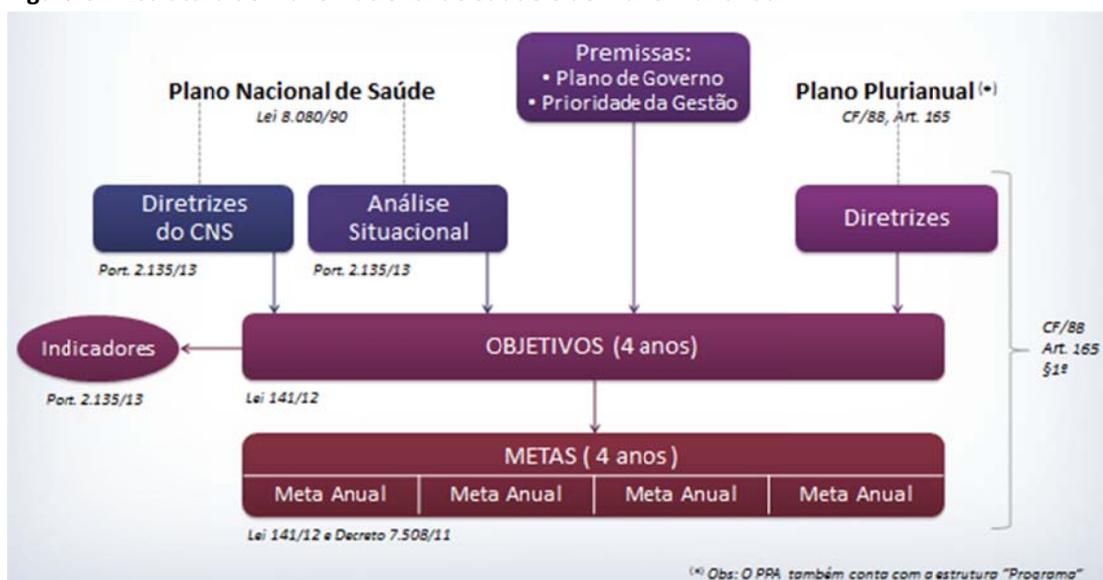
A elaboração do Plano de Saúde está prevista na Lei nº 8.080/90, sendo atribuição comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Esta elaboração deve ser feita em consonância com o respectivo Plano Plurianual, de forma a manter coerência entre ambos os instrumentos. O Plano Plurianual 2016-2019 foi encaminhado ao Congresso Nacional em agosto de 2015; ele contém, entre outros elementos, Programas, Objetivos, Metas e Indicadores, sendo que estas três últimas são categorias comuns entre o PNS e o PPA, o que facilita e potencializa a compatibilização entre ambos.

O Plano de Saúde é a “base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (Lei nº 8.080, art. 36, §1º). Ele deve ser elaborado a cada quatro anos e é composto, na esfera federal, pela análise situacional, objetivos, metas e indicadores.

O Plano de Saúde, em todas as esferas, deve ainda considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, sendo submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde (LC 141/12, art. 30, §4º, Portaria GM/MS nº 2.135/13, art. 3º, §7º).

A figura a seguir compara as estruturas de ambos os Planos.

Figura 01. Estrutura do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS

A estruturação do Plano Nacional de Saúde 2016-2019 ocorreu em estreita consonância com a elaboração do Plano Plurianual 2016-2019, considerando todos os requisitos legais. Especialmente, foram consideradas as diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde que, conjuntamente com outros elementos, auxiliaram na definição de Objetivos, Metas e Indicadores.

O Conselho Nacional de Saúde optou por organizar suas diretrizes a partir de eixos temáticos, os quais são reproduzidos a seguir.

Tabela 01. Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde por Eixos Temáticos

Eixos Temáticos	Diretrizes
Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade	Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.
	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.
	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.
Participação e Controle Social	Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
	Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.
Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde	Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.
Financiamento do SUS e Relação Público-Privado	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.
	Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.
Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde	Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.
	Aprimorar a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS, especialmente por meio da formulação de políticas, do apoio interfederativo, da qualificação dos investimentos, da indução dos resultados, da modernização administrativa e tecnológica, da qualificação e transparência da informação.
	Qualificar a produção do cuidado, com a participação ativa do usuário e o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras.
	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle

Eixos Temáticos	Diretrizes
	<p>das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.</p> <p>Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.</p>
<p>Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS</p>	<p>Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.</p> <p>Valorizar o SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação.</p>
<p>Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS</p>	<p>Fortalecer o Complexo Industrial da Saúde para expandir a produção nacional de tecnologias estratégicas e a inovação em saúde.</p>

2. Análise Situacional

2.1. Estrutura do sistema de saúde

A Constituição Federal de 1988 considerou a saúde como um direito social da população e estabeleceu competência comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios para legislar, concorrentemente, sobre a proteção e defesa da saúde.

Para operacionalizar essas determinações, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com responsabilidade de financiamento compartilhada pelas três esferas administrativas e gestão central como competência do Ministério da Saúde (MS), com a execução das ações de forma descentralizada, com vetor municipalizante e direção única em cada esfera de governo. Facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

A regulamentação do dispositivo constitucional, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, introduziu o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais de forma a reduzir o risco de doenças. Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os organizacionais destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

As linhas de atuação visam dar concretude à execução das ações e serviços públicos de saúde, abrangendo a integralidade da atenção, por meio da oferta de serviços dos níveis de atenção básica ao especializado, da vigilância em saúde e sanitária, da regulação dos serviços e da participação privada em caráter complementar.

De acordo com o Decreto nº. 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são elementos da organização do SUS para a operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. Esse dispositivo definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas por determinado Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados, em articulação com os Municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

A instituição da Região de Saúde conta com um rol de ações e serviços mínimos com abrangência de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Elas também são referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Outro importante instrumento de identificação das necessidades de saúde para a orientação do planejamento setorial são os Mapas da Saúde (regional, estadual e nacional), que demonstram as necessidades de saúde, contribuindo para o estabelecimento de metas.

Por determinação do mesmo decreto, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) mapeia todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. A composição do rol de ações e serviços constantes da RENASES é pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores, bem como a delimitação das suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços.

O suporte medicamentoso às prescrições terapêuticas é disposto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME obedece às disposições gerais do MS, bem como aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Ela também poderá ser complementada por relações específicas de medicamentos, guardada a respectiva consonância. Todos os medicamentos constantes da RENAME, bem como a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O mesmo Decreto estabelece que o acordo de colaboração entre os entes federativos, compreendendo as características descritas acima, deverá ser firmado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privadas atuantes no mercado.

2.2. Panorama demográfico

De acordo com dados do censo populacional de 2010, a população brasileira atingiu 190.732.694 habitantes. Considerando a projeção populacional estimada pelo IBGE, em 2019, ano final do plano, a população será de 211.263.638 habitantes, o que representa um crescimento linear de 10,76% em relação a 2010.

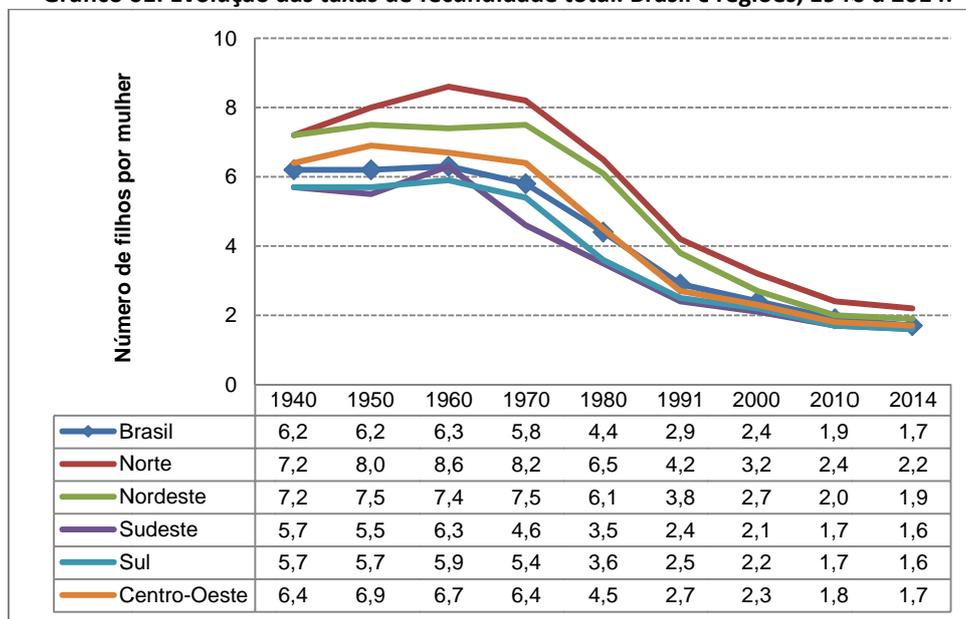
Entre 2000 e 2010, a taxa média de crescimento no período foi de 1,17%/ano, o que refletiu a continuidade do declínio generalizado da fecundidade verificada no decorrer dos últimos 30 anos. Os principais agentes de mudanças no padrão demográfico brasileiro têm sido o componente natalidade e os padrões correlatos de fecundidade.

A. Taxas de fecundidade total (TFT)

Até meados da década de 60, o Brasil teve uma estrutura etária composta com muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas, devido a níveis elevados das taxas de fecundidade total (TFT). Até 1960, a TFT era levemente superior a seis filhos por mulher; em 1970, reduziu para 5,8 filhos, com diminuição mais acentuada na região Sudeste. Nas regiões Sul e Sudeste, o início da transição da fecundidade ocorreu a partir dos primeiros anos da década de 70, em decorrência da forte indução por parte das políticas públicas do uso de métodos contraceptivos. Nas regiões Norte e Nordeste, esse fenômeno se verifica um pouco mais tarde, no início da década de 80.

Durante a década de 80, manteve-se o ritmo de declínio, chegando às estimativas para 2000 a 2,4 filhos por mulher e a 1,7 em 2014. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto (34 anos), quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (IBGE, 2014).

Gráfico 01. Evolução das taxas de fecundidade total. Brasil e regiões, 1940 a 2014.



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

B. Estruturas de distribuição etária da população

A marcada redução nacional e regional da fecundidade vem ocorrendo em todos os estratos sociais. Como resultado, observam-se importantes efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população.

Gráfico 02. Estrutura etária relativa por sexo e idade. Brasil, 2004/2013.



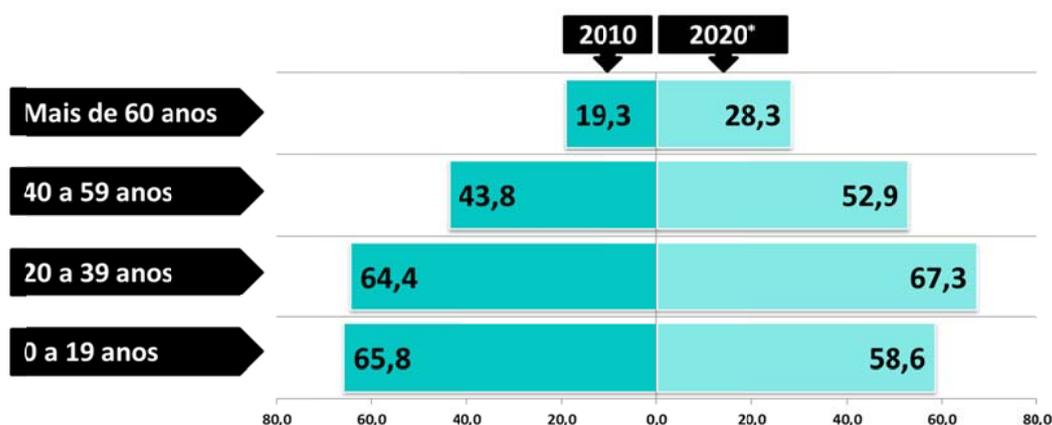
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2013.

A longa experiência de níveis elevados de fecundidade, até o final da década de 70, foi responsável por um grande contingente de nascimentos e uma população

predominantemente jovem. A partir do censo de 1980, já se observa o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade.

Ao se focar o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, segundo estimativas do IBGE, verifica-se que haverá um aumento significativo entre 2010 e 2020, passando de 19,3 para 28,3 milhões. Para 2050, projeta-se um número de 64 milhões de idosos. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já superará o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050.

Gráfico 03. População do Brasil por faixa etária em milhões, 2010 e 2020.



Fonte: Banco Mundial, Ipea e IBGE. (*) Projeção

C. Expectativa de vida

A expectativa de vida tem avançado sistematicamente nas últimas décadas. De 2000 a 2010, a esperança de vida ao nascer do brasileiro aumentou em 5,8%, passando de 69,83 para 73,86 anos de vida. Para 2015, a expectativa é de 75,44 anos, de acordo com a projeção populacional divulgada pelo IBGE em 2013.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes com o aumento da idade mediana da população.

2.3. Morbidade e Mortalidade

2.3.1. Morbidade

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas – coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes – bem como, pela alta carga de acidentes e violências e, conseqüentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

A seguir são apresentados dados e informações de doenças e agravos que conformam o quadro de morbidade no Brasil.

A. Doenças transmissíveis

Essas ainda configuram importante problema de saúde pública brasileira, com impactos sobre a morbidade, embora tenham perdido posição relativa enquanto as primeiras causas de mortalidade.

Em relação à tuberculose, o número de casos novos diagnosticados, em 2013, foi de 71.134, com taxa de incidência de 35,4 casos por 100 mil habitantes. A análise da série histórica da taxa de incidência da doença mostra uma tendência de declínio nos últimos 20 anos (esta taxa era de 51,7 casos por 100 mil habitantes em 1990). Embora o Brasil apresente uma tendência de redução na taxa de incidência, há pontos essenciais a considerar em relação ao agravo. Apenas 181 municípios brasileiros concentram 63% dos casos novos de tuberculose e a incidência da doença é maior nos grupos de vulnerabilidade acentuada, estando ligada diretamente às baixos níveis socioeconômicos.

A taxa de prevalência de hanseníase no Brasil caiu 14% nos últimos 10 anos, passando de 1,48 casos por 10 mil habitantes em 2005 para 1,27 em 2014, o que corresponde a 25.738 casos em tratamento no país. Ainda em 2014, foram detectados 31.064 casos novos de hanseníase; isso representa uma queda no coeficiente de detecção geral, que passou de 26,86 por 100 mil habitantes em 2005, para 15,32 por 100 mil habitantes em 2014.

A taxa de detecção de Aids no Brasil tem apresentado estabilização nacional nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. No Brasil, a infecção pelo HIV/Aids se concentra em locais em que a epidemia ainda segue aquecida (como no Rio Grande do Sul e no Amazonas) e em populações-chave. Além disso, chama a atenção o aumento de casos na população jovem entre 15 e 24 anos de idade, na qual a taxa de detecção subiu de 9,6 por 100 mil habitantes em 2004 para 12,7 em 2013. No mesmo período, houve uma queda de 35,7% na detecção de casos de Aids em menores de cinco anos, o que demonstra uma redução expressiva da transmissão vertical do HIV no país.

Gráfico 04. Prevalência de HIV em populações-chave. Brasil, 2009 a 2013.

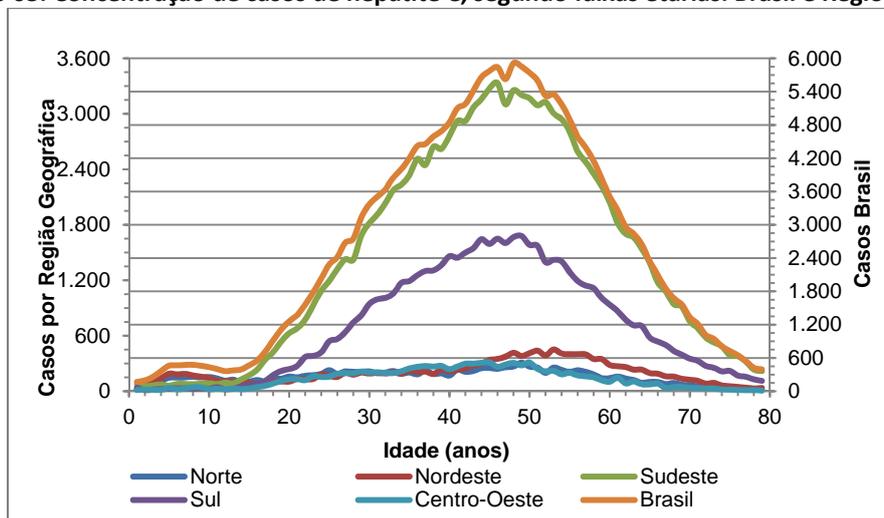


Fonte: Boletim Epidemiológico 2014
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf

As Hepatites Virais são foco de atenção de acordo com as suas especificidades. Quanto à Hepatite C, estima-se que entre 1,4 a 1,7 milhão de pessoas vivam com a infecção, muitas vezes desconhecida. Considerada geralmente uma doença silenciosa, a hepatite C

alcançou visibilidade internacional mediante resoluções lideradas pelo Brasil na Organização das Nações Unidas (ONU). Trata-se de iniciativas aprovadas, como a que resultou na criação do Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais em 2010 e no reconhecimento das hepatites virais como de extrema importância para a saúde pública em 2014, definindo procedimentos a serem executados para obtenção de melhores resultados no enfrentamento da doença.

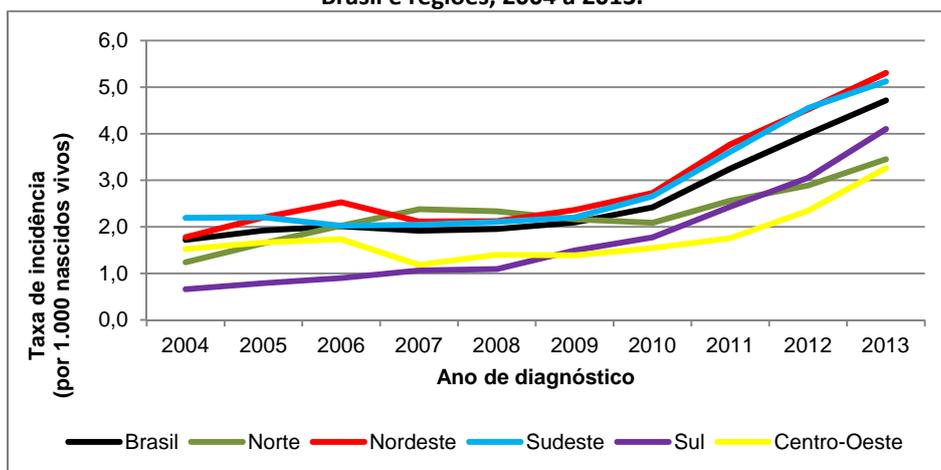
Gráfico 05. Concentração de casos de hepatite C, segundo faixas etárias. Brasil e Regiões, 2014.



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

A Sífilis congênita apresentou um elevado número de casos no Brasil em 2013, que somaram 13.705 em menores de um ano, o que representa uma taxa de incidência de 4,7 para cada 1.000 nascidos vivos. O registro da mortalidade por essa causa captou 161 óbitos por sífilis nessa mesma faixa etária, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 5,5 para cada 100.000 nascidos vivos. As maiores proporções de casos de sífilis congênita ocorreram em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (51,2%) e ensino fundamental incompleto (24,7%). O número de casos de sífilis congênita continua em níveis elevados no Brasil.

Gráfico 06. Taxa de incidência de sífilis congênita por ano de diagnóstico. Brasil e regiões, 2004 a 2013.



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

As ações de vigilância e as inovações instituídas no controle da dengue foram revistas para incluir a vigilância da chikungunya, potencializando os recursos disponíveis. A chikungunya é causada por um vírus transmitido pelos mesmos vetores da dengue. Em 2014,

foi realizada a campanha de combate à dengue e à chikungunya, com o slogan: “O perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também”, com objetivo de divulgar orientações sobre como evitar a proliferação dos mosquitos transmissores das doenças e alertar sobre a gravidade das enfermidades.

O número de casos registrados de dengue caiu 59,3% comparando-se 2014 e 2013, passando de 1.452.489 para 591.080. Todas as regiões do país apresentaram redução de casos notificados, sendo que a Região Sudeste teve a queda mais representativa, correspondente a 66%, seguida pelo Sul (64%), Centro-Oeste (57%), Nordeste (41%) e Norte (1%). O estado com a maior diferença entre 2013 e 2014 foi o Rio de Janeiro, que conseguiu reduzir em 97% o número de casos, seguido pelo Mato Grosso do Sul (96%) e por Minas Gerais (86%). Os óbitos por dengue no Brasil também apresentaram queda em comparação a 2013. Em 2014 foram 410 mortes, contra 674 confirmadas em 2013, o que corresponde a uma redução de 39%. Destacam-se os estados de Tocantins, Acre, Roraima, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que não registraram óbitos causados pela dengue em 2014. Com relação às internações por Dengue, no período de janeiro a novembro de 2014, foram registradas 64,2 mil internações pela doença, o que representa 48% a menos com relação ao mesmo período de 2013, quando houve 33,3 mil internações. A diminuição das internações pode estar relacionada à detecção precoce da doença e à correta classificação de risco, temas tratados no Curso de Atualização no Manejo Clínico da Dengue. Isso reflete uma economia significativa de R\$ 9,7 milhões para o SUS.

O esforço do Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios brasileiros para controlar e prevenir a malária, tem demonstrado resultados positivos a cada ano. Em 2015 (dados ainda preliminares), foram notificados no país 142.812 casos de malária; destes, 138.005 foram considerados autóctones e o restante proveniente de países que fazem fronteira com o Brasil e de outros países. Em 2014, foram notificados cerca de 144.100 casos de malária, o menor número nos últimos 35 anos. Entre 2000 e 2015 a malária reduziu 77% no Brasil, sendo que de 2010 a 2015 a redução foi de 57%. Com isso, o país registra, em 2015, menos casos do que a meta proposta nos Objetivos do Milênio, de reduzir 75% dos casos de malária entre 2000 e 2015.

Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impacto na transmissão da doença. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações direcionadas e realizadas de forma adequada. A descentralização das ações de prevenção e controle da doença, a ampliação dos investimentos e a capacitação dos profissionais expandiram o diagnóstico da malária na rede de atenção básica, propiciando o início do tratamento em até 48 horas, após o início dos sintomas. A oferta de testes rápidos para diagnóstico da malária aumentou 1.512% entre 2009 e 2014.

Para que esta redução se mantenha, é necessário o esforço conjunto dos municípios, estados e da União para garantir a sustentabilidade das ações de controle da malária. Parte dessas ações inclui a manutenção do suprimento de antimaláricos e inseticidas, investimento em infraestrutura, uso ampliado de mosquiteiros impregnados de longa duração e aperfeiçoamento das ferramentas de diagnóstico, além do financiamento de pesquisas voltadas para o monitoramento da eficácia dos tratamentos, da resistência dos anofelinos aos inseticidas, das avaliações do programa, entre outros.

Gráfico 07. Casos de malária segundo ano de notificação, Brasil, 2000 a 2015*.



Fontes: Sivep-Malária e Sinan/SVS/MS.

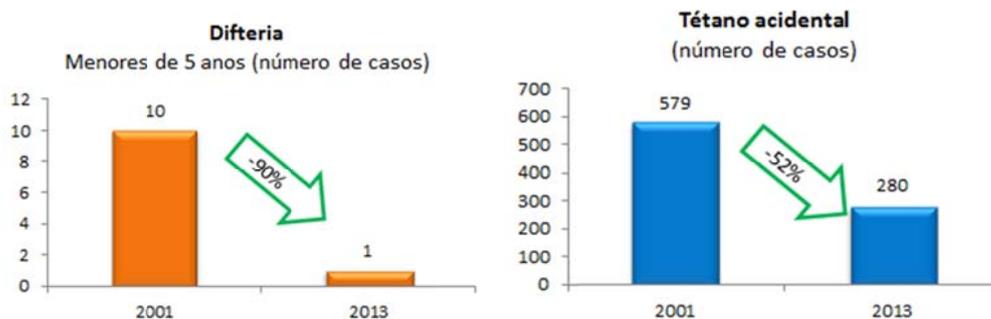
*Dados de 2015 ainda são preliminares.

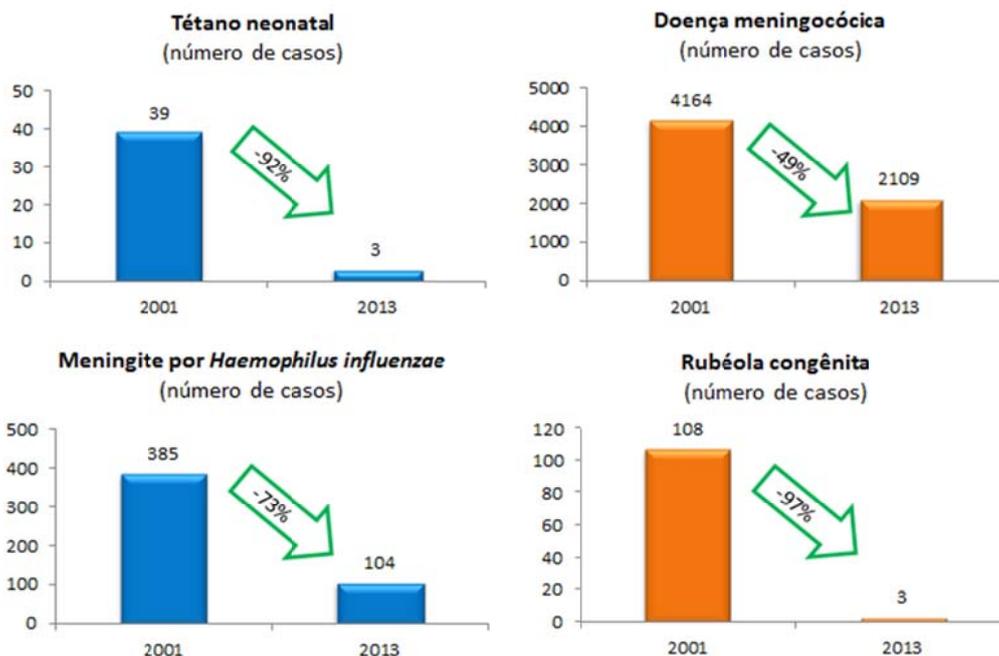
Em relação à doença de Chagas, predominam atualmente no Brasil os casos crônicos decorrentes de infecção por via vetorial. Inquéritos sorológicos realizados no País entre 1975 e 1980 identificaram prevalência de 4,2% na área rural, o que representa uma coorte de aproximadamente 2,5 milhões de infectados pelo *T. cruzi*. Estima-se que de 1% a 10% dos indivíduos com a forma crônica da doença evoluam para óbito.

Em relação às doenças imunopreveníveis no Brasil, os resultados decorrentes da prevenção e do controle destas doenças estão relacionados à implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI), à estruturação do sistema nacional de vigilância epidemiológica, à maior integração entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como à articulação de estratégias conjuntas com a atenção básica. Tais fatores vêm contribuindo gradualmente para a redução de casos, fazendo com que muitas doenças imunopreveníveis se apresentem de forma residual nos últimos anos.

O gráfico mostra o número de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) nos anos de 2001 e 2013. Assim, apresenta a queda da ocorrência em todas as doenças imunopreveníveis.

Gráfico 08. Casos registrados no Sinan, por doença imunoprevenível. Brasil, 2001 a 2013





Fonte: Sinan-SVS/MS

B. Doenças emergentes e reemergentes

As doenças emergentes e reemergentes requerem a detecção precoce e prevenção; a resposta coordenada a esses eventos são etapas fundamentais para prevenir a propagação a fim de evitar, reduzir ou eliminar a disseminação na população. Em relação às doenças transmissíveis, o Brasil vem apresentando avanços importantes no seu controle e na capacidade de resposta, principalmente quanto àquelas relacionadas à transmissão hídrica e às imunizáveis. Contudo, ainda persistem aglomerados de doenças relacionadas à pobreza – como esquistossomose, tracoma – que apresentam tecnologias disponíveis de controle e que se concentram em bolsões de populações pobres, bem como doenças crônicas, como tuberculose e hanseníase, que necessitam de um maior esforço nas ações de controle. Contudo, a subnotificação dos casos indica a necessidade de reforço das ações de vigilância epidemiológica para o controle e prevenção das doenças.

Em 2014, com a expectativa de entrada da Chikungunya - CHIKV - no país, foi elaborado o documento “Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil”. Este plano está dividido em 4 níveis, que compreendem ações de vigilância epidemiológica; controle vetorial; assistência; comunicação, mobilização, publicidade e gestão do programa. Até o fim de 2014, foram registrados 3.195 casos de febre Chikungunya no Brasil. A maioria dos casos foi autóctone, ou seja, diagnosticados em pessoas sem registro de viagem internacional para países onde há transmissão.

No final do ano de 2015, a partir da identificação da alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, principalmente na região Nordeste do país, foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e instalado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), por meio da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, de forma a estabelecer mecanismo de gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. Até o final de 2015 foram notificados 3.174 casos de microcefalia e/ou alteração do SNC sugestiva de infecção congênita.

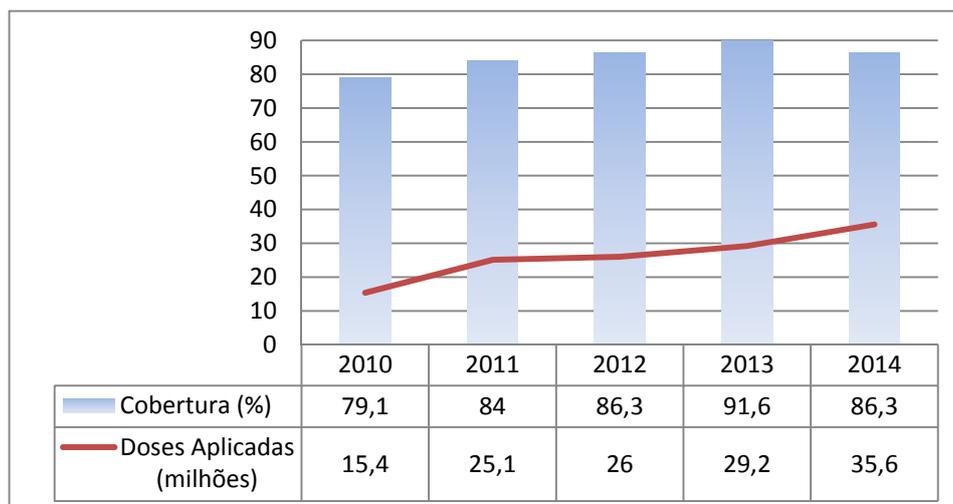
Devido à relação entre a ocorrência de microcefalias e a infecção por vírus Zika, foram elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde uma série de materiais atualizados para subsidiar gestores e profissionais de saúde no enfrentamento dessa situação, como o “Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia”, o “Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia” e as “Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia”.

Em dezembro de 2015 foi divulgado o “Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* e suas Consequências”, organizado em três eixos: “Mobilização e Combate ao mosquito”, “Cuidado” e “Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa”. Com o objetivo de organizar e articular o desenvolvimento de ações voltadas para o combate ao mosquito *Aedes aegypti* em todo território nacional, foi instituída, por meio do Decreto de 8.612 de 21 de dezembro de 2015, a Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC) composta por representantes do Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional, Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Secretaria de Governo da Presidência da República. Foram instaladas também Salas Estaduais de Coordenação e Controle em todas as 27 Unidades da Federação, com estrutura semelhante à da Sala Nacional. Essas salas contam com a presença de representantes do Ministério da Saúde e devem articular as ações de mobilização e combate ao mosquito com as salas e/ou comitês nos municípios de cada estado.

Estão sendo desenvolvidas diversas ações educacionais, com a cooperação de centros colaboradores, para qualificação de agentes comunitários de saúde, militares, agentes de combate às endemias, profissionais da atenção básica, equipes das maternidades e centros de reabilitação, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros. Com o propósito de aprimorar o diagnóstico da infecção por vírus Zika, foi elaborado plano de ação para o fortalecimento do sistema de laboratórios (SISLAB) com o fornecimento de insumos e equipamentos para realização dos exames, apoiando os laboratórios de referência na capacitação de pessoal técnico e incorporação de novas tecnologias no diagnóstico de vírus Zika nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) do país. Além disso, estão sendo contratados projetos de pesquisas, de curto, médio e longo prazos, em temas prioritários da vigilância, prevenção e controle de dengue, chikungunya e vírus Zika (aspectos clínicos, epidemiológicos, laboratoriais, ambientais, genética, controle vetorial, entre outras dimensões).

A influenza teve um expressivo nível de vacinação em 2014. Foram administradas 35,6 milhões de doses da vacina contra influenza. De 2012 a 2014 foram distribuídos 3,49 milhões de tratamentos para a doença. Houve também a ampliação de unidades sentinela de vigilância da Síndrome Gripal (SG) e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Gráfico 09. Vacinação contra influenza: Cobertura e doses aplicadas em grupos prioritários.



Fonte: SVS/MS

Ainda assim, persistem os desafios para as doenças emergentes e reemergentes que integrarão o cenário epidemiológico brasileiro e que suscitam a necessidade de uma melhoria contínua, por parte do sistema de vigilância do País e na sua capacidade de resposta as urgências epidemiológicas.

C. Doenças crônicas não transmissíveis

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou que em 2013, uma proporção de 21,4% de indivíduos com 18 anos ou mais que se referem diagnosticados no Brasil com hipertensão arterial, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. No mesmo ano a pesquisa estimou que no Brasil 6,2% a população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas.

Além disso, 12,5% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (18,4 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto em 2013 (13,0% na área urbana e 10,0% na área rural).

A PNS apurou que 4,4% de pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática) no Brasil. Na área urbana este indicador foi de 4,6%, enquanto na área rural foi de 3,1%.

Com referência às doenças cardiovasculares (DCV), em 2013, 4,2% (6,1 milhões) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Na área urbana, a proporção de pessoas com o diagnóstico foi maior (4,4%) que na área rural (3,0%).

A PNS destaca o Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 1,5% de referência ao diagnóstico de AVC ou derrame em 2013, representando, aproximadamente 2,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade. Na área urbana o valor estimado foi próximo ao nível nacional, 1,6%, ao passo que na área rural a proporção foi de 1,0%.

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) são caracterizados como transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultante de atividades físicas relacionadas ao trabalho. No Brasil, em 2013, 2,4% referiram diagnóstico médico de DORT. Na área urbana a proporção foi de 2,7%, enquanto na área rural o percentual foi de 0,9%. As mulheres apresentaram a maior proporção (3,3%) em relação aos homens (1,5%). O indicador confirmou

a maior proporção de diagnósticos no grupo de idade em que se concentram mais pessoas economicamente ativas: de 30 a 59 anos (3,2%).

A pesquisa apurou que, em 2013, 11,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que representa 7,6% da amostra, havendo maior prevalência na área urbana (8,0%) do que na rural (5,6%).

Em relação à insuficiência renal crônica entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 1,4% referiu diagnóstico médico positivo. As pessoas da faixa etária de 18 a 29 anos apresentaram menor prevalência da doença (0,5%), ao passo que a faixa de 75 anos ou mais de idade apresentou a maior proporção (3,6%).

Com relação ao câncer, a PNS estimou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (2,7 milhões de adultos) referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil. A proporção na área urbana foi significativamente maior do que na área rural: 1,9% e 1,2%, respectivamente. Os tipos de câncer mais frequentes foram: pulmão, intestino, estômago, mama e colo de útero (ambos só para mulheres), próstata (só para homens), pele e outros (quando não se enquadraram em algum dos tipos indicados).

Tabela 02. Taxas padronizadas de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), corrigida por causa mal definida e sub-registro* (x 100 mil habitantes) e variação percentual. Brasil, 2000 e 2013

Grupos de DCNT	TOTAL		Varição
	2000	2013	%
4 DCNT	499,86	359,46	-28,0
Doenças Cardiovasculares	265,03	170,07	-35,8
Neoplasias	147,95	131,96	-10,8
Doenças Respiratórias Crônicas	46,24	26,68	-42,3
Diabetes mellitus	40,64	30,75	-24,3

* Taxa padronizada da mortalidade, sendo ajustada por causa mal definida, por sub-registro, segundo o método "Busca. Ativa". Utilizou-se população padronizada pela população mundial (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

A tabela acima mostra as taxas padronizadas e corrigidas de DCNT em 2000 e 2013, e o percentual de variação nesse período. A maior queda observada foi para o grupo das doenças respiratórias crônicas (-42,3%), seguido das doenças cardiovasculares (-35,8%).

D. Causas externas

Em relação aos acidentes e violências, a Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que, no Brasil, 79,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sempre usavam cinto de segurança no banco da frente quando andavam de automóvel, van ou táxi. Homens e mulheres apresentaram percentuais semelhantes, que aumentam à medida que se eleva o nível de instrução, variando de 75,3% (sem instrução ou com fundamental incompleto) a 89,7% (superior completo). Na área rural, esse hábito foi menos frequente, com percentual de 59,1%, enquanto na área urbana foi de 82,5%. Regionalmente, as estimativas variaram de 66,0%, na Região Nordeste, a 86,5%, na Região Sudeste.

Os dados indicam que o uso do cinto de segurança tornou-se um hábito de muitos motoristas e passageiros que viajam no banco da frente do carro. Entretanto, esse cuidado deve ser extensivo aos passageiros que utilizam o banco traseiro do veículo, por oferecer, igualmente, proteção em caso de ocorrência de colisão. No Brasil, a proporção de pessoas que

sempre usavam cinto de segurança no banco de trás quando andavam de carro, van ou táxi, foi de 50,2%. Esse percentual aumentou com o avanço da idade e foi mais representativo na área urbana (51,1%) que na área rural (44,8%).

O capacete é um item fundamental e obrigatório por lei, no Brasil, para todos os motociclistas e garupas. É o equipamento para condutores e passageiros de motocicletas e similares que, quando utilizado corretamente, minimiza os efeitos causados por impacto contra a cabeça do usuário em um eventual acidente. Dentre as Grandes Regiões do Brasil, a Centro-Oeste (94,5%), a Sul (93,9%) e a Sudeste (90,4%) destacaram-se pelos maiores percentuais de pessoas que sempre usavam capacete quando dirigiam motocicleta. As Regiões Norte (70,6%) e Nordeste (72,9%) registraram as menores proporções. Observou-se também diferença importante no hábito de utilização desse equipamento entre as pessoas residentes na área urbana (87,1%) e na rural (68,3%). A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam capacete como passageiros de motocicleta, no Brasil, foi de 80,1%. Por situação do domicílio, 85,5% das pessoas residentes na área urbana possuíam esse hábito, enquanto o percentual foi significativamente menor na área rural (59,0%). As pessoas com maior nível de instrução apresentaram os maiores percentuais deste indicador.

A proporção de pessoas que se envolveram em acidente de trânsito com lesões corporais nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, no Brasil, foi de 3,1%. Esse percentual foi maior entre os homens, registrando 4,5%, enquanto entre as mulheres foi de 1,8%. Os grupos de idade mais jovens apresentaram maiores percentuais, enquanto, para os mais velhos, a proporção foi menor. Das pessoas que se envolveram em acidente de trânsito, 47,2% deixaram de realizar atividades habituais, e 15,2% tiveram sequelas ou incapacidades.

Em relação à violência, a Pesquisa evidenciou que 3,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade sofreram alguma violência ou agressão de pessoa desconhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Essa proporção foi maior entre os homens (3,7%) que entre as mulheres (2,7%) e diminuiu à medida que a idade se eleva. Das pessoas que sofreram violência ou agressão de pessoa desconhecida, aquelas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram o menor percentual (2,0%). A proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que sofreram alguma violência ou agressão de pessoa conhecida nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista foi de 2,5% no Brasil. Regionalmente, foi possível observar variações de 2,0%, na Região Sudeste, a 3,2%, na Região Norte. Essa forma de violência ocorreu majoritariamente entre as mulheres (3,1%), enquanto, entre os homens, a proporção foi de 1,8%. As pessoas nos grupos de idade mais jovens estiveram mais sujeitas à violência ou agressão de pessoa conhecida que aquelas de 60 anos ou mais de idade (1,1%). Diferenças por nível de instrução não foram relevantes.

Em relação às notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, foram registradas, em 2010, no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA SINAN - 73.794 notificações em 1.496 municípios e 4.196 unidades notificadoras. Em 2014 (dados preliminares), foram notificados 227.710 casos de violência em 3.586 municípios e 11.464 unidades notificadoras e, em 2015, os dados preliminares apontam 120.145 notificações em 3.176 municípios e 9.476 unidades notificadoras.

A Vigilância de Violências e Acidentes foi estruturada no Ministério da Saúde desde 2006 e tem como principal objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e dos acidentes por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento a estes agravos.

É importante destacar que a prevenção das violências e promoção da cultura da paz é uma das pautas prioritárias no setor saúde. Neste contexto, o Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, tem promovido, coordenado, financiado, apoiado e executado várias ações de vigilância e prevenção das violências e acidentes e de promoção da saúde e da cultura de paz conforme preconizado pelas Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Promoção da Saúde e fomentadas a partir dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

Em relação às internações hospitalares pelo SUS, houve aumento das taxas de internação hospitalar (SUS) por causas externas de 2008 a 2014, com redução apenas no grupo Lesões autoprovocadas e estabilidade no grupo das Quedas.

Tabela 03. Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas externas, por 10 mil habitantes - 2008 a 2014

Grupos de causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Acidentes de transporte (V01-V99)	5,2	6,4	7,6	8,2	8,4	8,9	8,2
Agressões (X85-Y09)	1,5	1,9	2,2	2,3	2,2	2,4	2,1
Intoxicações (X00-X09, X40-X49)	12,1	14,1	16,2	17,0	17,9	18,8	18,2
Lesões auto-provocadas voluntariamente (X60-X84)	0,7	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3
Quedas (W00-W19)	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Demais causas externas (W20-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y99)	15,3	16,4	18,5	18,7	18,7	18,8	17,0
Total Geral	35,3	39,9	45,5	47,1	48,0	49,7	46,2

Fonte: SIH

Houve aumento das Taxas de internação hospitalar (SUS) por causas externas de 2008 a 2014, com redução apenas no grupo Lesões autoprovocadas e estabilidade no grupo das Quedas.

2.3.2. Mortalidade

O perfil de mortalidade da população brasileira é caracterizado por uma crescente no período (2000 a 2013), porém com estabilidade nas mortes por acidentes de transporte terrestre (ATT) a partir de 2010. Já as mortes por agressão apresentam um crescimento menor que ATT no período (2000 a 2013), porém após 2010 continua crescente. Houve uma queda acentuada na mortalidade infantil em todas as regiões do país, bem como de mortalidade materna.

A seguir são apresentados dados e informações que confirmam o quadro de mortalidade no Brasil.

Em 2013 houve 42.266 óbitos por acidente de transporte terrestre, com uma taxa de mortalidade de 21 por 100.000 habitantes, sendo aproximadamente 82% do sexo masculino. Essa taxa variou de 7,5 óbitos por 100 mil mulheres a 34,9 óbitos por 100 mil homens.

Destes, 12.040 óbitos de ATT envolveram motociclistas, o que corresponde a 28,5% do total de mortes por ATT, valor superior ao de ocupante de veículos (26,2%) e pedestre (19,4%).

Do total de mortos de motociclistas, 89% eram homens e 34,7% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos; 23,3% de 30 a 39 anos; 14,8% de 40 a 49 anos; 12,6% de 15 a 19 anos; 0,4% em menores de 01 ano até 09 anos.

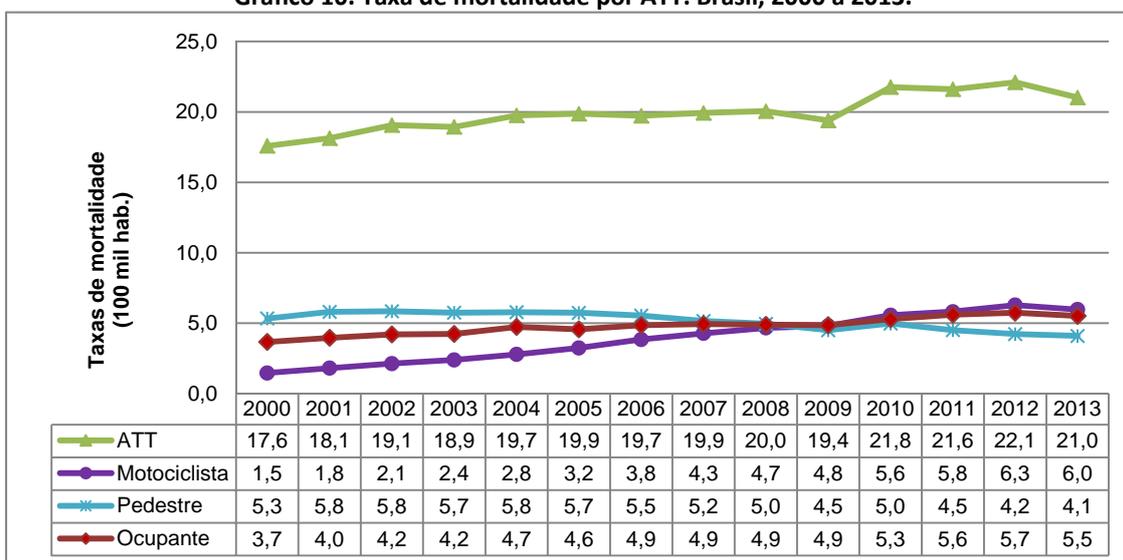
Com relação à escolaridade, 26,9% das vítimas tinha 8 a 11 anos de estudo e 26,5% para 4 a 7 anos de estudo. Em relação ao estado civil, 58,5% eram solteiros e 21,5% casados. E em relação à raça/cor, houve predomínio de raça/cor parda (53,3%) seguida de raça/cor branca (37,6%).

Nos casos de mortes por ATT envolvendo motociclista, 49% ocorreram em via pública, 45,8% em hospital e o restante em outros locais.

Do total de óbitos por ATT 4,1% foram acidentes de trabalho e nos casos envolvendo motociclistas foram 3,1%. Chama atenção que 57,4% das mortes envolvendo motociclistas foram consideradas ignoradas com relação aos acidentes de trabalho e 39,4% não tiveram relação com essa categoria. Nesse aspecto, precisa-se de uma maior sensibilização no preenchimento da variável.

O Gráfico 10 mostra as taxas de mortalidade por ATT de 2000 a 2013, sendo possível observar uma variação percentual de aumento de 25,7% para o Brasil; a partir de 2010, a taxa de mortalidade por ATT envolvendo motociclista ultrapassou a de ocupante de automóveis e pedestres.

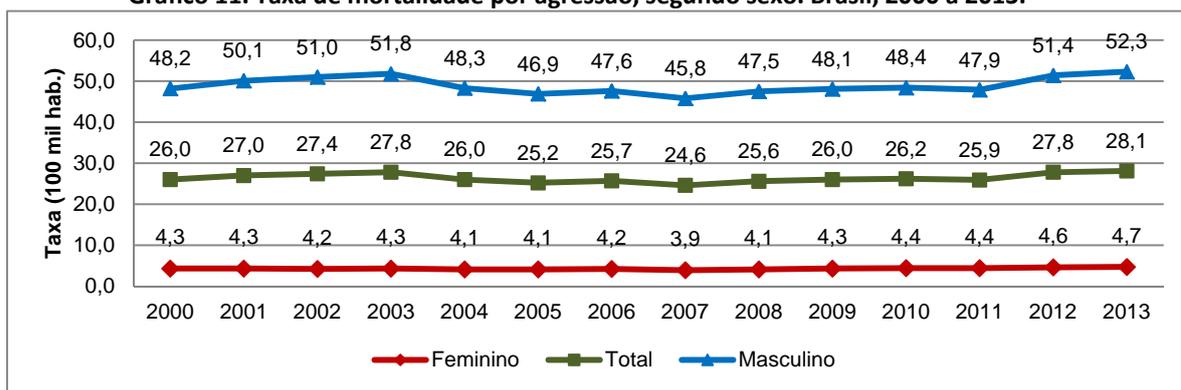
Gráfico 10. Taxa de mortalidade por ATT. Brasil, 2000 a 2013.



Fonte: MS/SVS/CGIAE-SIM e IBGE

Em 2013 ocorreram 56.804 mortes por agressões no Brasil. Homens foram vítimas em 96,5% dos óbitos registrados, em sua maioria jovens (20 a 39 anos) e negros. No período de 2000 a 2013 houve aumento de 25,12% nas mortes por agressões. A taxa de mortalidade por agressão em 2013 foi de 28,1 óbitos por 100 mil habitantes, entre os sexos, o risco de morte é de 52,3 óbitos por 100 mil homens e 4,7 óbitos por 100 mil mulheres, numa razão de 11 homens para cada uma mulher.

Gráfico 11. Taxa de mortalidade por agressão, segundo sexo. Brasil, 2000 a 2013.



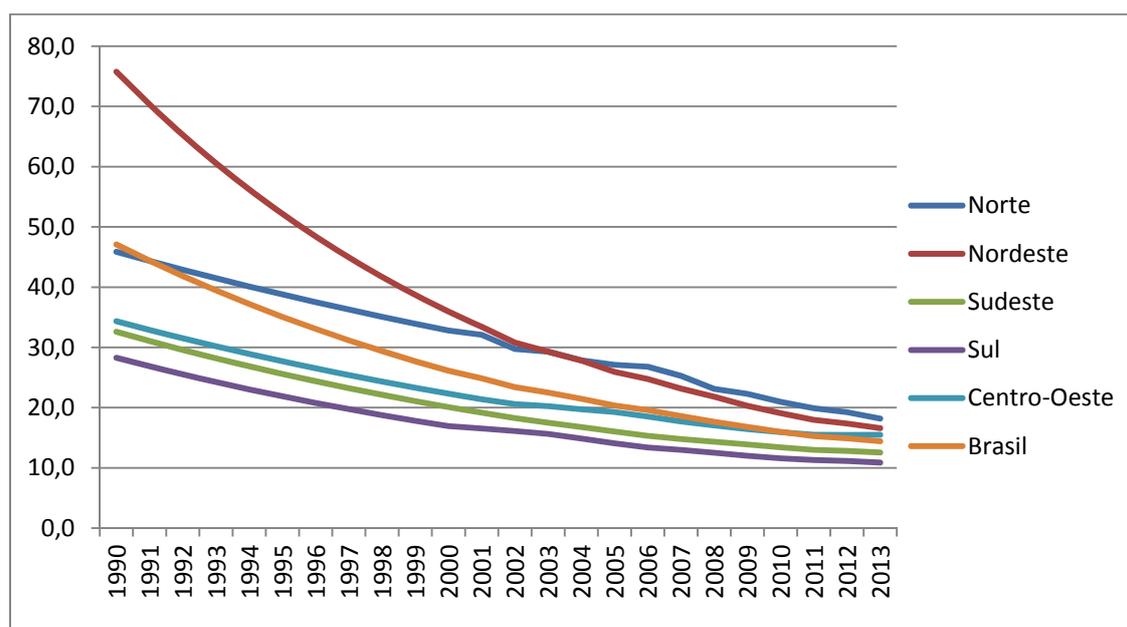
Fonte: MS/SVS/CGIAE-SIM e IBGE.

No ano de 2013 foram registrados 10.533 suicídios (considerados indivíduos acima de 5 anos de idade) sendo 78,9% de homens e 21,1% de mulheres. A taxa de mortalidade por suicídio teve crescimento de 30,5% no período de 2000 a 2013, e variou de 4,3 suicídios por 100 mil habitantes em 2000 para 5,7 suicídios por 100 mil habitantes em 2013.

A mortalidade geral no país apresentou uma tendência decrescente no período de 2000 a 2006 e desde então permanece estável, em ambos os sexos. Entretanto, o risco de morrer para o sexo masculino permanece em torno de 1,4 vezes maior que para o feminino.

Em 2011, o Brasil já tinha atingido uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que é a redução da taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos) em 2/3 entre 1990 e 2015. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil está entre os vinte países que reduziram este indicador em mais de 70% nas últimas duas décadas. Esta redução é devida à queda do principal componente a Taxa de Mortalidade Infantil (menores de 1 ano de idade), que recuou de 24,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2001 para 14,4 em 2013. A queda foi generalizada em todas as regiões, mostrando-se mais intensa no Nordeste.

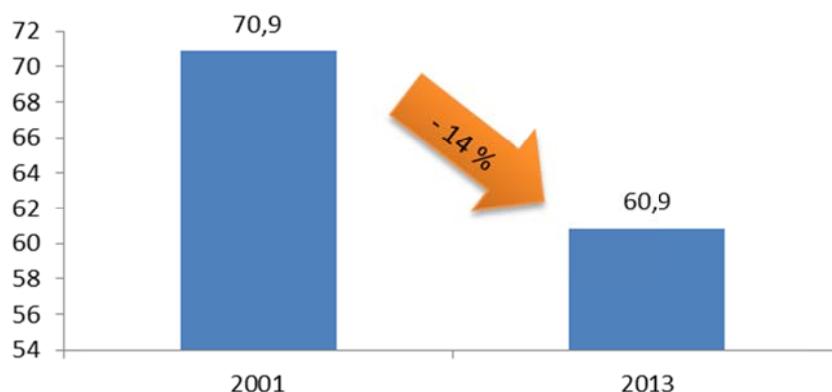
Gráfico 12. Taxa de mortalidade infantil (< 1 ano). Brasil e Regiões, 1990 – 2013.



Fonte: CGIAE/SVS/MS

Em relação à mortalidade materna, entre os anos de 2001 e 2013, houve redução de 14%, que passou de 70,9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos para 60,9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, devido ao maior cuidado com a saúde das mulheres. Essa redução é fruto também da melhora na identificação dos óbitos associados à gravidez e ao aumento da proporção de óbitos investigados de mulheres em idade fértil, passando de 55% em 2009 para 87,6% em 2013.

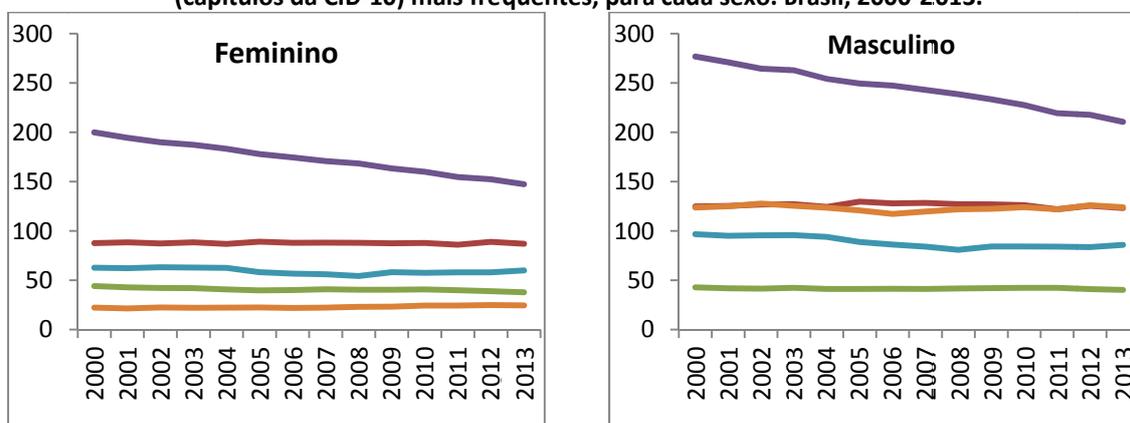
Gráfico 13. Razão da mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 2001-2013.



Fonte: CGIAE/SVS/MS

Analisando as cinco principais causas de morte segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), observa-se que as doenças do aparelho cardiovascular (cap. IX) ocupam o primeiro lugar em ambos os sexos, seguindo uma tendência decrescente. A principal diferença entre os sexos ocorre entre as causas externas (cap. XX), grupo que permanece como segunda causa no sexo masculino e quinta no feminino. As neoplasias (cap. II) ocupam a segunda causa de morte entre as mulheres e a terceira entre os homens, com uma tendência crescente em ambos os sexos. As mortes por doenças respiratórias (cap. X) e por doenças endócrinas e metabólicas (cap. IV) não tiveram variação significativa no período analisado.

Gráfico 14. Taxa padronizada de mortalidade (x 100.000 hab.) das cinco causas (capítulos da CID-10) mais frequentes, para cada sexo. Brasil, 2000-2013.





Fonte: SIM, CGIAE/SVS/MS

Analisando a mortalidade segundo causas específicas ou determinadas, por sexo, observa-se que, de 2000 a 2013, as doenças cerebrovasculares e o infarto agudo de miocárdio mantiveram-se como as mais frequentes em ambos os sexos. No perfil da mortalidade feminina, mantiveram-se duas doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e doenças hipertensivas) entre as cinco primeiras causas, enquanto que no perfil masculino, esse grupo foi completado por duas causas externas (homicídios e acidentes de transporte terrestre).

2.4. Determinantes e Condicionantes de Saúde

As condições de saúde da população brasileira transcendem o espectro de ações do respectivo setor, tendo em conta que resultam de inúmeros fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais. O Brasil tem feito vários movimentos – oriundos da esfera pública da sociedade civil –, voltados à promoção da qualidade de vida, com repercussões importantes sobre a saúde da população.

A despeito dos esforços empreendidos, persistem situações geradoras de iniquidades que requerem contínuo enfrentamento, mediante a implementação de políticas capazes não só de mitigar as condições desfavoráveis à saúde da população, mas de promover o bem-estar geral. No resumo a seguir, são identificados determinantes e condicionantes da saúde que o SUS, no âmbito da esfera federal, considera estratégicos para a sua atuação no próximo quadriênio.

2.4.1. Aspectos Socioeconômicos

Os indicadores socioeconômicos apresentados a seguir foram selecionados a partir das informações existentes nos Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro 2001 - 2012¹ e nos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil².

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita nacional a preços correntes cresceu 217,3%, de R\$ 7.554,00 em 2001 para R\$ 22.642,00 em 2012. A região Nordeste foi a que mais cresceu (226,6%), seguida pelo Centro Oeste (219,8%) e pela região Norte (217,3%). Os estados do Mato Grosso, Rondônia e Espírito Santo tiveram o PIB per capita quadruplicado. As demais UF triplicaram o PIB, com exceção de São Paulo, Amapá, Distrito Federal e Roraima, onde houve a duplicação do PIB per capita. As unidades da federação que apresentam os maiores PIB per capita são o Distrito Federal (DF), com R\$ 64.653, São Paulo, com R\$ 33.624, e Rio de Janeiro, com R\$ 31.065.

O analfabetismo vem diminuindo progressivamente. Esta taxa na população com 15 anos ou mais de idade diminuiu consideravelmente na última década, passando de 12,4% em 2001 para 8,5% em 2012. Houve queda em todas as regiões. No Nordeste, região que

¹ “Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro 2001-2012” foi coordenada pela Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com a participação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério das Comunicações, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ver em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/indicadores_de_desenvolvimento.pdf

² Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB) encontram no site da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Ver em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#risco>.

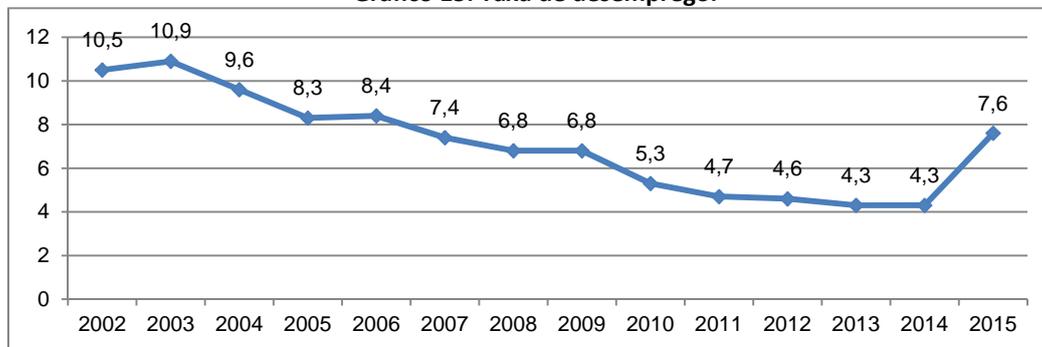
apresentava o maior índice, a redução foi mais acentuada, de 24,2% em 2001 para 17,4% em 2012.

O analfabetismo está concentrado nas idades mais elevadas, mas apresenta redução em todas as faixas. Na faixa de 15 a 29 anos, a alfabetização já foi universalizada (98,3% em 2012) e, na população com 50 anos ou mais de idade, houve notável redução da parcela analfabeta, de 27,5% em 2001 para 18,3% em 2012.

Como resultado da forte expansão do emprego, houve uma significativa redução na taxa de desocupação, que passou de 9,4% em 2001 para 6,3% em 2012. Naturalmente, a elevação do rendimento real, combinada a um maior número de pessoas ocupadas, provoca o aumento da massa salarial e, conseqüentemente, do consumo das famílias.

Em geral, houve redução da taxa de desemprego em todas as regiões, nos últimos 13 anos. Ao final de 2002, a taxa era de 10,5, tendo atingido 4,3 em 2014. Observamos, entretanto, um novo aumento na taxa de desemprego a partir de 2015, tendo alcançado 7,6 (dados de agosto).

Gráfico 15. Taxa de desemprego.

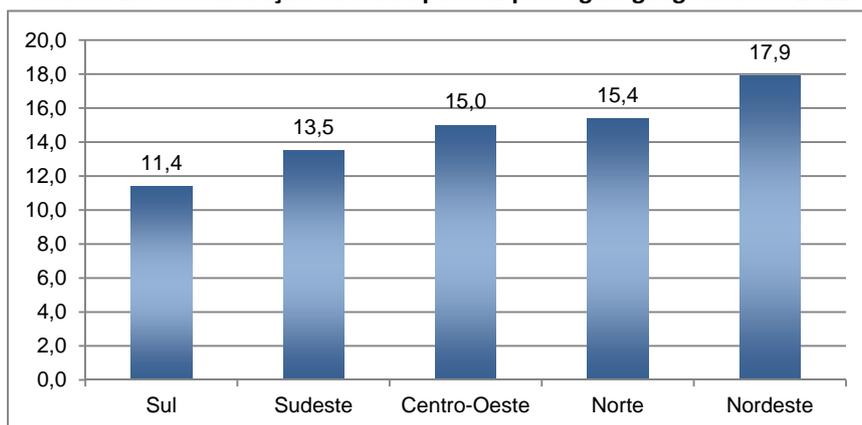


Fonte: Pesquisa Mensal do Emprego (IBGE/PME), acessado pelo site <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=38401> em 03 de novembro.

A queda do trabalho infantil para as crianças de 5 a 9 anos foi de 78% no período de 2001 a 2012, alcançando nível de ocupação de 0,4%. Essa redução ocorreu, sobretudo, no trabalho agrícola, responsável pela maior parcela do trabalho infantil nessa faixa de idade (71%). Destaca-se ainda que, em 2012, 96,9% das crianças de 5 a 13 anos ocupadas frequentavam a escola.

O indicador razão de renda, que expressa a concentração da renda pessoal, ao comparar a renda dos 20% mais ricos e 20% mais pobres, mostra que a região Sul apresenta a menor concentração de renda; em 2012 apresentou uma razão de 11,4, seguida da região Sudeste com 13,5, da Centro-Oeste com 15, da Norte com 15,4 e da Nordeste com 17,9. Em relação às UF, ao comparar a razão de renda de 2001 com 2012, verifica-se que o Maranhão foi a UF que apresentou o maior aumento na razão, passando de 20 para 27, seguido do Amapá, que passou de 15,2 vezes para 16,8 vezes. As UFs que apresentam maior redução na razão foram Pernambuco, que reduziu de 28,5 vezes para 15,2, Espírito Santo, de 23,9 para 12,9, e Piauí, de 28 para 15,8 vezes.

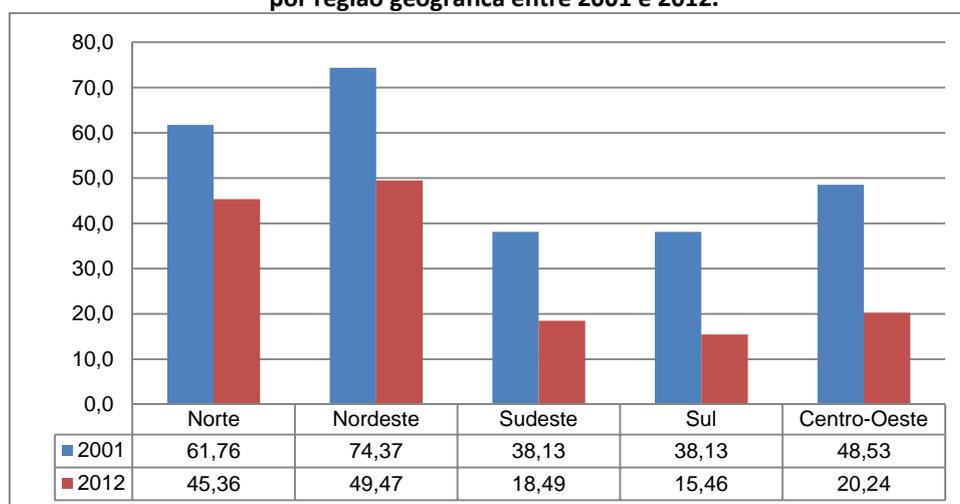
Gráfico 16. Concentração da renda pessoal por região geográfica em 2012.



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

A proporção de pessoas com baixa renda, que expressa a proporção da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo, diminuiu de 50,7% para 29,2% no Brasil entre 2001 e 2012. Nesse período, foi observada queda de 59,5% na região Sul (de 38,1% para 15,5%), 58,3% na região Centro-Oeste (de 48,5% para 20,2%), 51,5% na Sudeste (de 38,1% para 18,5%), 33,5% na Nordeste (de 74,4% a 49,5%) e 26,6% na Norte (de 61,8% para 45,4%). O Amapá foi o único estado onde houve aumento na proporção de pobres; os estados com redução acima de 46% foram Goiás, Paraná, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina.

Gráfico 17. Diminuição da proporção de pessoas com baixa renda, por região geográfica entre 2001 e 2012.



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2001-2009, 2011-2012

Os indicadores acima analisados mostram as condições socioeconômicas do Brasil nos últimos 12 anos e denotam uma considerável melhoria. Entretanto, ao focar nas regiões geográficas brasileiras, verificou-se que o Nordeste e o Norte continuam a necessitar de uma maior intervenção de políticas públicas, no sentido de reduzir as desigualdades entre as regiões.

Com o Plano Brasil sem Miséria (BSM)³, cerca de 22 milhões de pessoas superaram a condição de extrema pobreza; foi o fim da miséria, do ponto de vista da renda, entre os

³ Caderno de Resultados Brasil Sem Miséria 2011-2014. Ver em: <http://www.brasilsemiseria.gov.br/publicacoes-bsm>

beneficiários do Bolsa Família. Destaque-se que Plano BSM cumpriu todas as metas a que se propôs no quadriênio 2011-2014, dentre elas:

1. BUSCA ATIVA: 1,38 milhão de famílias que eram extremamente pobres incluídas no Cadastro Único e recebendo o Bolsa Família (a meta 2011-2014 era de 800 mil famílias);
2. PRONATEC ofertado pelo BSM: Mais de 1,57 milhão de matrículas em cursos de qualificação profissional (meta 2011-2014 era de 1 milhão de matrículas);
3. ÁGUA PARA TODOS
 - Cisternas de Consumo: 781,8 mil cisternas entregues para universalizar o acesso à água para famílias do semiárido (meta 2011-2014 era de 750 mil famílias contempladas);
 - Água para Produção: 101,9 mil cisternas de produção e outras, tecnologias sociais entregues (meta 2011-2014 era de 76 mil cisternas de produção e outras tecnologias sociais entregues).
4. LUZ PARA TODOS: 369,4 mil ligações realizadas para famílias do Cadastro Único, 267,2 mil delas beneficiárias do Bolsa Família (meta 2011-2014 era de 257 mil famílias em extrema pobreza).

No final de 2014, o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome, segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO). E um recente relatório do Banco Mundial⁴ confirmou que, em 2015, o país já havia praticamente acabado com a extrema pobreza.

2.4.2. Condições de Vida, Trabalho e Ambiente

A ampliação da atividade produtiva, o acelerado processo de industrialização e urbanização dos países em desenvolvimento, a demanda crescente por alimentos, a maior pressão sobre os recursos naturais, bem como o maior aporte de resíduos urbanos, industriais e agrícolas têm ameaçado a qualidade de vida da população e determinado as condições de risco à saúde humana.

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destaca-se inicialmente o saneamento, cujo objetivo é alcançar salubridade ambiental para proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural. Essa salubridade é alcançada por meio de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, que inclui coleta e disposição sanitária adequada, manejo de águas pluviais, promoção da disciplina sanitária de uso do solo e demais serviços e obras especializadas.

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano⁵ (Vigiagua), em 2012, foi implantado em 67% dos municípios brasileiros e, em 2013, a implantação alcançou 72,15% (3.950 municípios). Em 2015, havia a perspectiva de implantação em 4.344 (78%) dos municípios do país, porém o resultado alcançado foi de 70% dos municípios. Cabe destacar que os dados para o cálculo desse indicador não são cumulativos, partindo do zero todo início de ano. Nos últimos anos, ocorreram avanços

⁴ Relatório do Banco Mundial sobre erradicação da pobreza: Prosperidad compartida y fin de la pobreza en América Latina y el Caribe. Ver em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21751>

⁵ Caribe. Ver em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/21751>

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11084&Itemid=683

significativos nas condições de saneamento básico dos domicílios brasileiros, fundamentais para a preservação do meio ambiente e para a melhoria das condições de saúde da população. Entre 2001 e 2012, mais de 17 milhões de domicílios passaram a dispor de esgotamento sanitário, verificando-se crescimento da cobertura da rede de esgoto e da utilização de fossas sépticas de 66,7% para 78,6% do total de residências.

O percentual de domicílios com acesso à rede de água encanada também subiu, de 81,1% em 2001 para 86,4% em 2012, o que significou a expansão dos serviços para cerca de 16 milhões de domicílios no período.

Segundo a Organização Mundial da Saúde⁶ (OMS), em 2012, estima-se em 7 milhões o número de mortes causadas por problemas decorrentes da poluição no mundo: 3,6 milhões devido à poluição do ar externa e 3,4 milhões devido à poluição intradomiciliar. Isto representa uma em cada oito mortes no mundo. No Brasil, a poluição atmosférica nos centros urbanos resulta, principalmente, de atividades industriais e da frota veicular; na zona rural, resulta principalmente de queimadas em plantações; e nas regiões da Amazônia e do Planalto Central, resulta de atividades primárias recorrente do desmatamento seguido por queimadas que trazem sérias consequências para o equilíbrio do ecossistema e das populações.

Outro fator importante refere-se ao uso intenso de agrotóxicos na agricultura. De 2002 a 2012, o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%; comparativamente, o mercado brasileiro cresceu 190%. Em 2008, o Brasil ultrapassou os Estados Unidos e assumiu o posto de maior mercado mundial de agrotóxicos. Na safra que envolve o 2º semestre de 2010 e o 1º semestre de 2011, o mercado nacional de venda de agrotóxicos movimentou 936 mil toneladas de produtos e cerca de US\$ 7,3 bilhões, o que equivale a 19% do mercado global de agrotóxicos. Em 2013, as vendas de defensivos agrícolas alcançaram US\$ 11,5 bilhões, o que representou um avanço de 18% em relação a 2012 (US\$ 9,7 bilhões) e de 35% em relação a 2011 (US\$ 8,5 bilhões), sendo que as lavouras de soja, milho, algodão e cana-de-açúcar representam 80% do total das vendas do setor (SINDIVEG, 2014)⁷.

No ano de 2012, os desastres naturais⁸ tiveram, mais uma vez, um impacto significativo na sociedade brasileira. No Brasil, oficialmente foi relatada a ocorrência de 376 desastres naturais, os quais causaram 93 óbitos e afetaram quase 17 milhões de pessoas. Quanto aos municípios, 3.781 foram afetados, sendo que 65,06% deles devido à seca/estiagem. Do total de municípios atingidos por desastres naturais, 47,16% estão localizados na região Nordeste. A região Norte registrou o maior número de danos humanos, incluindo nessa classificação óbitos, feridos, enfermos, desabrigados, desalojados e desaparecidos.

2.4.3. Hábitos e Estilos de Vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas. Integram, assim, o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, que constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

⁶ Ver em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/en/>

⁷ SINDIVEG. Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Vegetal. Recorde, venda de defensivo no país em 2013 atingiu US\$ 11,5 bi. Disponível em: <http://www.sindiveg.org.br/noticiaonline.php?cod=2413>

⁸ Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Anuário brasileiro de desastres naturais: 2012. Ver em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=f22cccd-281a-4b72-84b3-654002cff1e6&groupId=185960.

O progresso do Brasil na redução da desnutrição infantil foi grande, particularmente a partir de 2003, de modo que o País alcançou antecipadamente as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Quanto ao combate à fome, entre o início da década de 90 e 2006, a prevalência de baixo peso para idade caiu a um terço do valor (5,4% para 1,8%), e a baixa altura para idade decresceu a menos da metade (19,6% para 6,7%). Como principais causas dessas reduções, destacam-se o aumento da escolaridade materna; a expansão da atenção à saúde (principalmente da atenção básica); o aumento da renda familiar; e a expansão do saneamento básico na última década (MONTEIRO, 2009).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013(PNS)⁹, quanto à análise do excesso de peso da população adulta, estratificada por grupos de idade, estimou-se que mais da metade da população apresentou excesso de peso (56,9%), ou seja, cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o IMC igual ou maior do que 25 kg/m². Houve uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2%) do que no sexo masculino (55,6%).

A obesidade, caracterizada por IMC igual ou superior 30 kg/m², foi diagnosticada para 16,8% dos homens e 24,4% das mulheres. Obesos representam quase um terço do total de homens com excesso de peso e mais de um terço no caso das mulheres com excesso de peso.

Para complementar a avaliação do estado nutricional da população adulta da PNS 2013, utilizou-se a circunferência da cintura. As mulheres apresentaram uma prevalência superior de obesidade abdominal quando comparada aos homens. Segundo estimativa da PNS 2013, 52,1% das mulheres foram classificadas no grupo de obesidade abdominal, enquanto que nos homens esta prevalência ficou em 21,8%.

Existem no mundo em torno de um bilhão de pessoas nicotino-dependentes, das quais 25 milhões estão no Brasil. Contudo, tem-se verificado uma marcada redução da prevalência de tabagismo no Brasil nos últimos anos: em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNPS) mostrou prevalência de fumantes de 34,8% e, em 2013, na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS) apresentou 15%, ou seja, 21,9 milhões de pessoas. Segundo a situação do domicílio, a parcela de usuários foi maior na área rural (17,4%) que na urbana (14,6%). Entre as Grandes Regiões, a prevalência variou de 13,4% na Região Norte a 16,1% na Região Sul.

A redução no consumo do tabaco é resultado de uma série de ações desenvolvidas pelo Governo Federal para combater o uso do tabaco, tais como aumento de preço, restrição de uso em locais coletivos, públicos ou privados, proibição da propaganda comercial de cigarros e ampliação das ações de prevenção, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis.

Há evidências que comprovam que o estilo de vida ativo protege o indivíduo de vários agravos. Estimativas globais da OMS¹⁰, de 2014, indicam que a inatividade física é responsável por quase 3,2 milhões de mortes, sendo também a principal causa de, aproximadamente, 21% a 25% dos cânceres de mama e colón, 27% dos casos de diabetes e 30% das cardiopatias isquêmicas.

Em 2014, o Vigitel¹¹ apontou que a inatividade física variou entre 11,6%, em Porto Velho, e 19,8%, em Teresina. Entre homens, as maiores frequências de inatividade física foram

⁹ Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, ver em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pns/default.asp>

¹⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

¹¹ Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, ver em:

observadas em João Pessoa (20,2%), Teresina (19,7%) e Aracaju (18,9%), e as menores em Porto Velho (10,3%), Cuiabá (11,7%) e São Luís (12,6%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Fortaleza (20,0%), Teresina (19,9%) e João Pessoa (18,6%), e as menores em Belo Horizonte (10,2%), Palmas (11,1%) e Campo Grande (11,8%).

A prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas em maiores de 18 anos manteve-se estável nos últimos 9 anos, segundo o Vigitel. Ao comparar 2006 e 2014, verifica-se que a prevalência foi de 15,6% em 2006 e de 16,5% em 2014, mas sem tendência estatisticamente significativa. Essa ausência de tendência foi percebida também para sexo masculino (24,8% em 2006 e em 2014), e entre o sexo feminino (7,7% em 2006 e 9,4% em 2014). A PNS apontou, em 2013, que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com consumo abusivo de álcool nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa foi 13,7%. Destaca-se que, segundo a OMS, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e dos acidentes e violências.

2.5. Acesso a Ações e Serviços de Saúde

O SUS, desde sua instituição nos anos 1990, tem apresentado avanços significativos, ainda que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde. São notáveis a eliminação de algumas e o controle de outras doenças infectocontagiosas pela maior cobertura vacinal e pelo tratamento adequado; a expansão da cobertura da atenção básica; a ampliação da atenção às urgências, à saúde mental não manicomial, do apoio diagnóstico, das terapias especializadas e da assistência farmacêutica, com diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população.

No entanto, são grandes os desafios a serem enfrentados, de forma a assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento dos problemas mais relevantes, como por exemplo: a consolidação da prevenção e controle das já conhecidas e das novas doenças infectocontagiosas, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o aumento das causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

Para o enfrentamento desses desafios, faz-se necessário continuar ampliando o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral, mais humana, oportuna, com qualidade e equidade, segundo as necessidades individuais e coletivas. O avanço no desenvolvimento das redes de atenção que favoreçam a superação da fragmentação existente entre níveis assistenciais, a eliminação de vazios assistenciais e o aperfeiçoamento da gestão, com eficiência do gasto e financiamento mais adequado, constituem os principais esforços a serem empreendidos nos próximos anos.

As redes de atenção devem ser tomadas como uma nova forma de organização que produz ações e serviços de saúde como linhas de cuidado, de forma articulada, oportuna e contínua, respondendo às necessidades em saúde, ao mesmo tempo em que preserva, concatena e articula a atenção em níveis assistenciais, por ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), às especificidades de gênero e outras (saúde da mulher, do trabalhador, etc), além da atenção às doenças, agravos ou deficiências.

A diversidade e heterogeneidade geográfica, econômica, social e étnica brasileira impoem a necessidade de novo enfoque na elaboração de políticas públicas e de saúde para

segmentos historicamente excluídos – como a população negra, quilombolas, ciganos, população em situação de rua, população do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. O enfrentamento das iniquidades em saúde dessas populações demanda, além da superação das iniquidades de acesso e qualidade nas ações e serviços de saúde, a ampla e sistemática articulação intersetorial – com vistas à implementação de políticas públicas integradas –, assim como a participação desses segmentos na formulação dessas políticas e no controle de suas execuções.

O País dispõe de um amplo conjunto de estabelecimentos de saúde, por meio dos quais é prestado um elenco diversificado de ações e serviços. Contudo, há grande desigualdade no acesso, resultante, entre outras, da concentração de profissionais e serviços em determinadas regiões, bem como da carência ou mesmo inexistência em vários municípios. O reordenamento da formação e do trabalho em saúde e a reorganização e implantação de uma rede de serviços de saúde, em conformidade aos critérios de eficiência de escala e das necessidades loco-regionais, configuram-se pontos a serem priorizadas, tendo como diretriz a responsabilização da gestão tripartite do sistema pela ampliação e aprimoramento das ações de promoção, prevenção, tratamento e de reabilitação, em linhas de cuidado contínuas, qualificadas e oportunas.

2.5.1. Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) deve adquirir graus crescentes de humanização e potência de respostas, constituindo-se na principal ordenadora do cuidado nas redes de atenção, conformando um modelo de atenção integral e integrado nos sistemas loco-regionais à saúde. A AB vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com reconhecimento nacional e internacional, em especial pela expansão de cobertura com a Estratégia Saúde da Família, que desde 2013 obteve substancial reforço com o programa Mais Médicos.

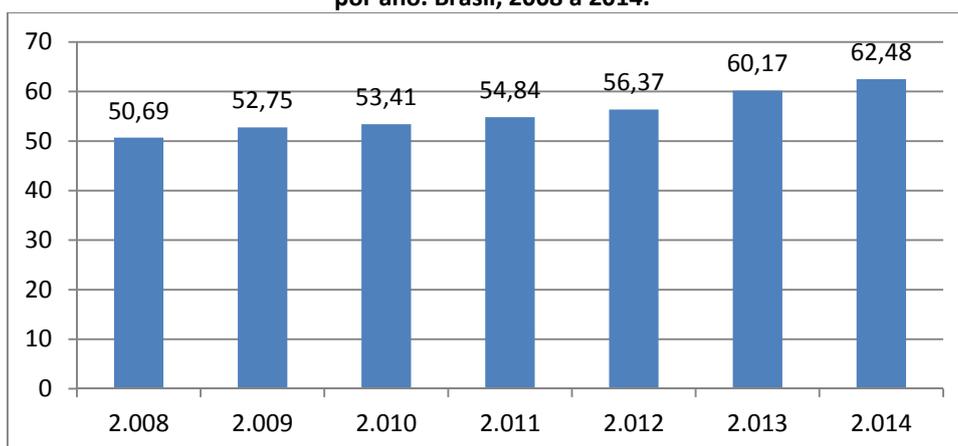
Tabela 04. Número de Equipes de Saúde da Família – Brasil, 2008 a 2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Equipes de Saúde da Família	29.300	30.328	31.660	32.295	33.404	28.039	24.766
Programa Mais Médicos - MM ¹²						6.676	14.462
Somatório de ESF com MM	29.300	30.328	31.660	32.295	33.404	34.715	39.228

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE/MS

¹² O Programa Mais Médicos foi instituído em 2013. A partir disso, foram implantadas novas equipes de saúde para trabalharem com os médicos provenientes do programa.

Gráfico 18. Percentual de cobertura populacional de equipes de saúde da família, por ano. Brasil, 2008 a 2014.

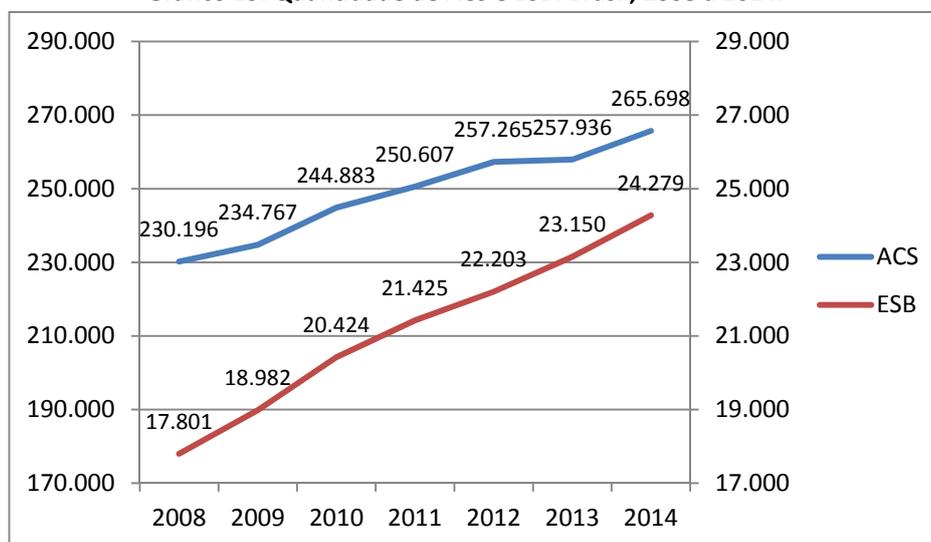


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/SAGE/MS

O Programa de Saúde da Família mostra importante evolução entre 2008 e 2014, passando de 29.300 para 39.228 equipes, o que representou um aumento de 33,9% e uma cobertura populacional de 62,5%.

Além das Equipes de Saúde da Família, dois importantes focos de atuação são a expansão dos Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde Bucal. Ambos tem apresentado evolução, ainda que em percentuais menores se comparados a anos anteriores.

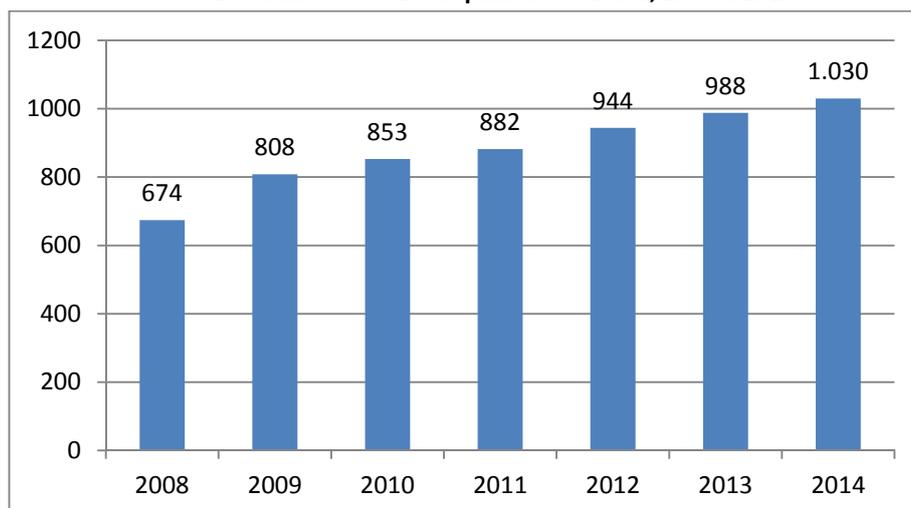
Gráfico 19. Quantidade de ACS e ESB. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/SAGE/MS

Em relação à estrutura de apoio às ações de atenção básica, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Especialidade Odontológica (CEO). Por meio do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, foram construídas 2.091 UBS em 2014, totalizando 40.475 UBS em funcionamento. Adicionalmente, foram ampliadas 2.922 e reformadas 4.168 UBS, totalizando 7.090 ampliações e/ou reformas no mesmo ano. Desde o início do Programa, foram ampliadas e/ou reformadas 23.945 UBS.

Gráfico 20. Número de CEO implantados. Brasil, 2008 a 2014.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/SAGE/MS

Até 2014, havia 1.030 CEOs em funcionamento, dos quais 42 foram implantados no ano e 148 desde 2012.

2.5.2. Atendimento Ambulatorial no SUS: Produção Básica e Especializada

No período de 2002 a 2014, houve um aumento significativo dos números dos principais atendimentos ambulatoriais no SUS. Destacam-se as ações de promoção e prevenção em saúde, que passam de 287 milhões para 627 milhões nesse período (aumento de 2,18 vezes). Os procedimentos clínicos também mostram significativo aumento no período, passando de 822 milhões em 2002 para 1,65 bilhão em 2014, sendo que grande parte desse quantitativo foi devido ao aumento do subgrupo Consultas, atendimentos e acompanhamentos (de 703 milhões para 1,45 bilhão). Os demais subgrupos clínicos também aumentaram, destacando-se os tratamentos em oncologia (aumento de 1,97 vez), nefrologia (aumento de 1,85 vez) e odontológicos (aumento de 1,7 vez).

Tabela 05. Principais atendimentos ambulatoriais no SUS – 2002, 2006, 2010 e 2014 (em milhões)

Atenção Ambulatorial	2002	2006	2010	2014	Nº de vezes ↑
01- Ações de promoção e prevenção em saúde	287,28	430,74	563,68	627,39	2,18
02- Procedimentos com finalidade diagnóstica	394,12	519,42	700,35	875,46	2,22
03- Procedimentos clínicos	822,85	1.006,06	1.370,92	1.651,97	2,01
Subgrupos 03					
0301 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	703,46	855,50	1.202,15	1.455,43	2,07
0302 - Fisioterapia	39,11	52,27	43,10	44,56	1,14
0304 - Tratamento em oncologia	6,79	8,73	10,53	13,34	1,97
0305 - Tratamentos em nefrologia	7,14	9,05	11,14	13,19	1,85
0307 - Tratamentos odontológicos	52,08	65,15	80,76	88,71	1,70
Outros tratamentos (*)	14,27	15,35	15,25	15,37	1,08
04- Procedimentos cirúrgicos	84,32	77,41	88,47	89,26	1,06

(*) Subgrupos: 0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades); 0306-Hemoterapia; 0308-Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas; 0309-Terapias especializadas; 0310-Parto e nascimento. Fonte: SIA

Na tabela abaixo, no Subgrupo 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, segundo a área de atenção, destaca-se o aumento de 6,1 vezes dos atendimentos nos domicílios na Atenção Básica; de 4,3 vezes na atenção Pré-hospitalar pelo SAMU; de 5,9 vezes na Saúde Mental e de 8,3 vezes na Reabilitação.

Tabela 06. Principais atendimentos ambulatoriais no SUS - Subgrupo 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos - 2002, 2006, 2010 e 2014 (em milhões)

Atenção/ atendimentos	2002	2006	2010	2014	Nº de vezes ↑
Atenção Básica - Total	524,82	604,73	834,65	946,33	1,8
Atendimentos de urgência	46,08	52,51	51,52	43,78	1,0
Consultas (*)	273,93	302,90	361,02	418,47	1,5
Consultas /Atendimentos nos domicílios	6,80	10,20	38,18	41,26	6,1
Outros Atendimentos	198,01	239,12	383,92	442,83	2,2
Atenção Especializada - Total	175,17	238,33	339,60	490,10	2,8
Atendimentos de urgência	63,01	81,14	116,77	151,80	2,4
Consultas	76,29	88,31	120,18	183,47	2,4
Consultas /Atendimentos nos domicílios	0,43	2,47	0,80	0,76	1,8
Outros Atendimentos	33,07	55,59	82,66	134,31	4,1
Reabilitação	2,37	10,82	19,20	19,75	8,3
Atenção Pré-hospitalar - SAMU	0,97	1,02	2,09	4,17	4,3
Atenção à Saúde Mental - Total	2,51	11,42	25,81	14,82(*)	5,9
Total Geral	703,46	855,50	1.202,15	1.455,43	2,07

↑ Nº de vezes de aumento de 2014 em relação a 2002

(*) A partir de 2013 houve mudança dos procedimentos de atenção a Saúde Mental, não guardando relação com os anos anteriores. Fonte: SIA

Na tabela abaixo, são mostrados os aumentos no Subgrupo 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, na atenção básica e especializada, por profissionais executantes.

Tabela 07. Principais atendimentos ambulatoriais no SUS - Subgrupo 0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos, segundo profissional executante - 2002 a 2014 (em milhões)

Atenção/ Profissionais	2002	2006	2010	2014	Nº de vezes ↑
Atenção Básica - Total	524,82	604,73	834,65	946,33	1,80
Aux_Tec_Saúde	197,88	238,99	337,87	355,25	1,80
Cir_Dentista	20,85	22,15	38,14	56,85	2,73
Enfermeiro	46,03	72,34	171,75	213,86	4,65
Médico	246,33	257,25	275,86	303,11	1,23
Nível Sup. não especificado	13,67	14,00	10,80	17,17	1,26
Nível Médio e Superior	0,06	0,00	0,22	0,09	1,5
Atenção Especializada - Total	175,17	238,33	339,60	490,10	2,80
Aux_Tec_Saúde	...	...	52,58	84,63	
Cir_Dentista	...	...	2,61	4,81	
Enfermeiro	...	...	34,98	94,24	
Médico	124,99	149,18	207,06	255,54	2,04
Nível Sup. não especificado	7,29	19,69	40,44	49,01	6,72
Nível Médio e Superior	42,89	69,46	1,93	1,86	

↑ Nº de vezes de aumento de 2014 em relação a 2002 - Fonte: SIA

2.5.3. Atenção às urgências

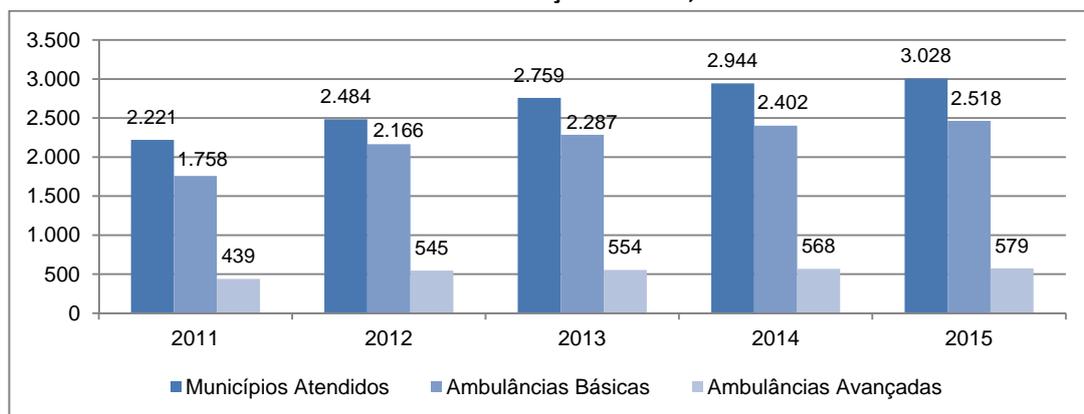
A atenção às urgências e emergências compõe parte importante da política de saúde. Nela está incluída a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que tem como

principal finalidade dotar as unidades hospitalares compostas de pronto-socorro de estrutura qualificada para a composição da RUE.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) é um dos componentes mais importantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com as unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida, adequadas a cada situação de saúde e ao atendimento de acordo com o referenciamento das Centrais de Regulação das Urgências.

Até setembro de 2015, o Samu 192 operou com 3.339 Unidades Móveis habilitadas em 3.028 municípios. Dessas, 2.518 (75,4%) são unidades de Suporte Básico, 579 (17,3%) Unidades de Suporte Avançado, 225 (6,7%) Motolâncias, 10 Equipes de Embarcação e sete Equipes de Aeromédico. Isso significa um aumento, entre 2011 e 2015, de 36% dos municípios brasileiros atendidos.

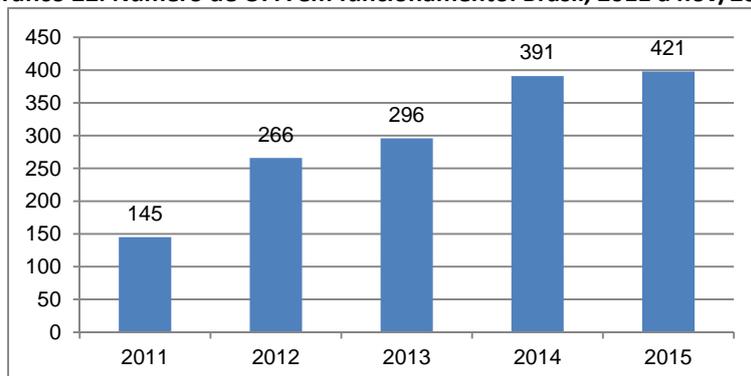
Gráfico 21. Número de unidades móveis básicas e avançadas. Brasil, 2011 a setembro de 2015.



Fonte: SAGE/MS em 05 de novembro de 2015.

Outro importante componente da Rede de Atenção às Urgências são as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, de disponibilização ininterrupta, com potencial para resolver até 97% dos casos atendidos reduzindo as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Oferecem estrutura com Raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. De 2011 a 2015 houve um aumento de 3 vezes do número de UPA's em funcionamento no país, saltando de 145 para 421 unidades.

Gráfico 22. Número de UPA em funcionamento. Brasil, 2011 a nov/2015.



Fonte: RAG 2011, 2012, 2013 e 2014; SAGE/MS. Acesso em 05 de novembro de 2015.

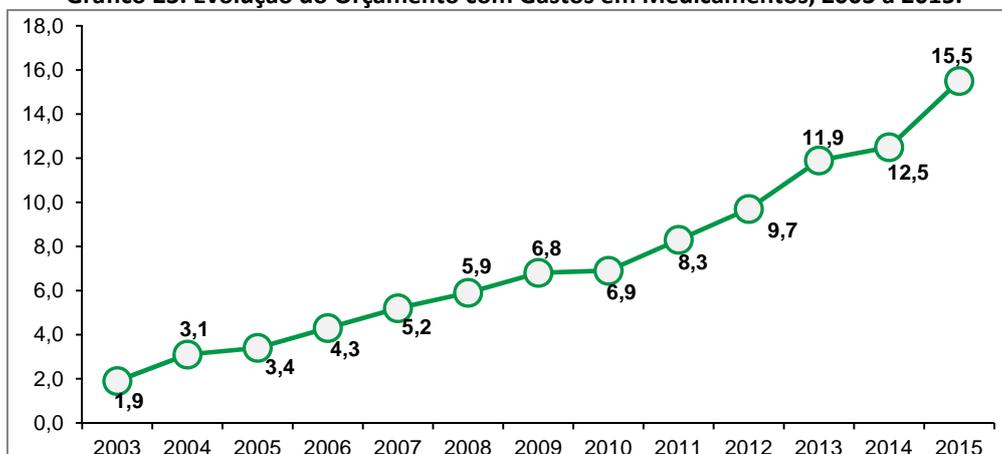
2.5.4. Assistência farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução CNS n.º 338, de 06 de maio de 2004, estabelece que a AF trata de um conjunto de ações voltadas à

promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. O Pacto de Gestão do SUS definiu que a AF é financiada pelas três esferas de Governo, sendo o recurso destinado não só à aquisição de medicamentos e insumos, mas também às ações de AF demandadas para a organização dos serviços de saúde. Como principais ações voltadas para o acesso, destacam-se a aquisição centralizada de medicamentos e insumos estratégicos, o Programa Farmácia Popular do Brasil e o Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Para realização da aquisição centralizada, a assistência farmacêutica está estruturada pelos Componentes Básico, Estratégico e Especializado. No que se refere ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), as compras centralizadas para distribuição aos estados e municípios são voltadas para insulinas (NPH e Regular), contraceptivos do programa Saúde da Mulher e insumos para o Programa Calamidade Pública, resultando em 87,5% dos contratos firmados entre o MS e fornecedores. Para o atendimento do tratamento de doenças de perfil endêmico com impacto socioeconômico e outras consideradas como de caráter estratégico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) adquiriu e distribuiu, em 2015, mais de 153 milhões de unidades de medicamentos. Em relação ao quantitativo de medicamentos distribuídos, o Programa de Cólera representou o maior percentual, com 33%, seguido dos Programas Tuberculose com 31% de distribuição, ficando em terceiro lugar o Programa de Combate ao Tabagismo com 20%, enquanto os demais juntos programas representam 16% de distribuição. No âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), definido como uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde, foram adquiridos de forma centralizada 52 fármacos em 83 apresentações farmacêuticas, incluindo 06 fármacos em 09 apresentações farmacêuticas de medicamentos antineoplásicos para atender parte da Política Nacional de Combate e Prevenção do Câncer, coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde. Desse referencial, importante destacar que as PDP contribuem significativamente para o aumento da compra centralizada e no ano de 2015 foram adquiridos 17 fármacos destinados às doenças contempladas por este Componente e um (1) fármaco destinado à demanda da oncologia na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Ao todo, temos 18 fármacos em 34 apresentações sendo disponibilizados no SUS, via PDP.

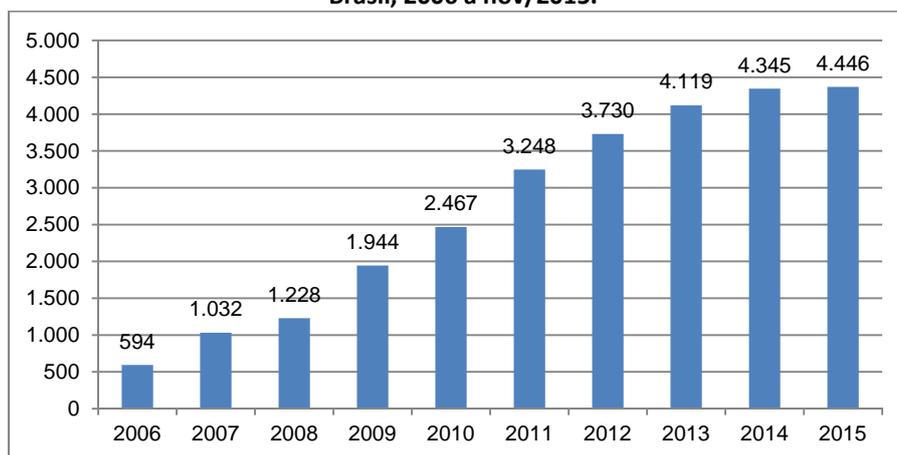
Gráfico 23. Evolução do Orçamento com Gastos em Medicamentos, 2003 a 2015.



Fonte: CGPLAN/SCTIE/MS.

O Programa Farmácia Popular do Brasil, por sua vez, é formado pelo “Farmácia Popular do Brasil-Rede Própria”, e as modalidades “Saúde Não Tem Preço” e “Aqui Tem Farmácia Popular”. Esses programas vêm sendo ampliados de forma a atingir municípios constantes do mapa de extrema pobreza. O Programa Farmácia Popular do Brasil atende mensalmente 8,7 milhões de pessoas nas 523 unidades da rede própria em 414 municípios brasileiros juntamente com a rede de farmácias credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular que encerrou o ano de 2015 com 34.626 estabelecimentos credenciados, cobrindo 4.446 municípios. Isto representa 80% dos municípios brasileiros. Do total de municípios atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, 1.644 possuem porcentagem elevada de população em extrema pobreza sendo atendidos pelo Plano Brasil Sem Miséria (BSM). Em 2015, houve ampliação da rede credenciada do Programa Farmácia Popular em 54 municípios mapeados pelo Plano “Brasil Sem Miséria”, passando de 1.590 para 1.644 municípios do BSM, dos quais 12 são abrangidos somente pela Rede Própria. Além disso, por meio do Saúde Não Tem Preço, lançado em 2011, passou-se a disponibilizar gratuitamente medicamentos para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma. Com isso, mais de 35,3 milhões de brasileiros foram beneficiados pelo Programa desde que foi instituída essa gratuidade. O gráfico a seguir mostra o crescimento do Programa, especificamente no Aqui Tem Farmácia Popular.

Gráfico 24. Número de municípios cobertos pelo Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Brasil, 2006 a nov/2015.



Fonte: DAF/SCTIE/MS e SAGE/MS. Acesso em 05 de novembro de 2015.

O acesso aos medicamentos contempla ainda o incentivo a projetos da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Nesse sentido, o apoio ao uso de tais medicamentos no SUS foi incrementado em 2015, sendo 3 projetos de Arranjo Produtivo Local (APL), 8 de Assistência Farmacêutica (AF) em Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PMF) e 1 de Desenvolvimento e Registro de Fitoterápicos da Rename. Ao todo, desde 2012, 78 projetos foram selecionados nas cinco regiões brasileiras. Desses, 31 são de APL, 44 de AF PMF e três de desenvolvimento e registro de fitoterápicos da Rename por meio de Laboratórios Públicos. Ressalta-se que 4 projetos de APL apoiados em 2012 (SMS Santarém/PA, SMS Pato Bragado/PR, SMS Toledo/PR, SMS Itapeva/SP) finalizaram suas metas, além de um de AF em PMF (SMS Vera Cruz do Oeste/PR) apoiado em 2013.

No que se refere às ações voltadas para qualificação dos serviços de saúde, a assistência farmacêutica do Ministério da Saúde coordena o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (instituído pela Portaria Nº 1.214/2012), contemplando quatro eixos (estrutura, educação, informação e cuidado). Além disso, é

importante destacar uma iniciativa de grande impacto para a estruturação da Assistência Farmacêutica no país na perspectiva de sua integração nas Redes de Atenção à Saúde (RAS): intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica em 15 Regiões do Qualisus-Rede, que contempla a realização de diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica in loco, a capacitação de profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica (cursos na modalidade de ensino à distância, com enfoque na gestão, utilização do sistema HÓRUS e interoperabilidade) e o apoio ao planejamento e à organização dos serviços da Assistência Farmacêutica para implementação de um modelo de RAS para serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica. Para contribuir no planejamento, monitoramento, controle e avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica, o Governo Federal ampliou a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), que conta com a adesão de mais de 3,3 mil Municípios e 24 Estados. Além disso, o sistema também é utilizado em 34 distritos sanitários especiais indígenas, 41 casas de saúde indígena e 78 polos base do subsistema de atenção à saúde indígena.

2.5.5. Atenção a populações específicas

2.5.5.1. Saúde da Mulher e da Criança

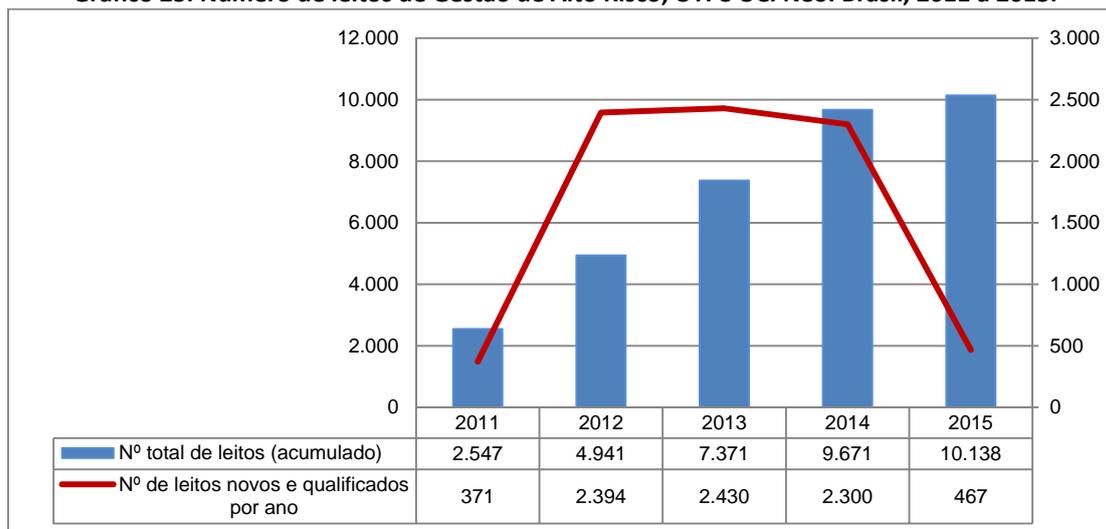
A atenção à saúde da mulher inclui diversas iniciativas e objetiva atender a essa população de forma integral. Um dos importantes aspectos dessa atenção diz respeito à atenção ao parto e puerpério, por meio da Rede Cegonha, que constitui uma estratégia para efetivar a atenção integral à saúde da mulher e da criança, por meio da qualificação da atenção obstétrica e infantil. O desenvolvimento dessa rede ocorre por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir, dentre várias ações, o acolhimento, a ampliação do acesso, a qualidade do pré-natal e a segurança à gestante na atenção ao parto e ao nascimento. Todas as unidades da Federação já aderiram à Rede Cegonha, contemplando 5.488 Municípios, e mais de 50% das regiões de saúde do país já elaboraram os Planos de Ação Regional (PAR), beneficiando mais de 2,5 milhões de gestantes.

Ênfase também é dada ao tratamento oncológico, por meio dos centros de diagnóstico do câncer de colo de útero e unidade de diagnóstico do câncer de mama, além da qualificação desses pontos de atenção.

Até abril de 2015, foram registrados 5.303 mamógrafos em uso, dos quais 2.596 estão disponíveis para usuários do SUS, distribuídos em 1.657 municípios.

Ainda no âmbito da atenção à saúde da mulher e da criança, em 2014 alcançamos um total de 9.671 leitos novos e qualificados (leitos de Gestão de Alto Risco, UTI Neo e UCI Neo. Isto se deve à qualificação e melhoria da assistência nos serviços de Urgência e Emergência. Esses leitos também estão incluídos nas visitas de monitoramento, que ocorrem periodicamente, para acompanhamento da implementação dos critérios de qualificação. Cabe considerar que, apenas em 2014, foram ampliados 566 leitos de UTI Neo, 1.417 leitos de UCI Neo e 317 leitos para Gestação de Alto Risco.

Gráfico 25. Número de leitos de Gestão de Alto Risco, UTI e UCI Neo. Brasil, 2011 a 2015.



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS – dados parciais em 2015

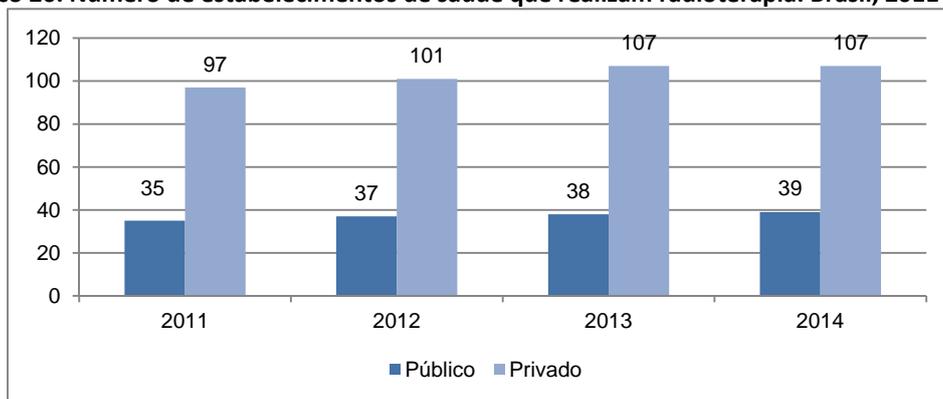
2.5.5.2. Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas tem como objetivo fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo seu cuidado integral. Dessa forma, sua implantação pretende suscitar mudanças nesse tipo de atenção à saúde.

Nesse contexto, a atenção oncológica tem sido priorizada, sendo assegurado o início de seu tratamento (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, conforme prescrição médica) em no máximo 60 dias após o registro do diagnóstico em seu prontuário. Essa medida entrou em vigor no dia 23 de maio de 2013. As novas regras, além de decisivas para a redução do tempo de espera, deixam claras as atribuições da União, dos estados e dos municípios no diagnóstico e no tratamento do câncer. O número de Centros de Alta Especialidade em Oncologia (Cacon) alcançou 130 unidades em 2014; entre as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Saúde (Unacon), foram habilitadas 44 até aquele ano.

Em relação à radioterapia, de 2011 a 2014 foram habilitados 14 novos hospitais de alta complexidade que realizam radioterapia, sendo destes quatro da rede pública e 10 da rede privada, atingindo um total de 146 hospitais em 2014. Isso representa um crescimento de 10,6% de estabelecimentos de saúde habilitados em radioterapia que realizam o tratamento dos cânceres mais prevalentes ou todos os tipos de câncer.

Gráfico 26. Número de estabelecimentos de saúde que realizam radioterapia. Brasil, 2011 a 2014.



Fonte: SAGE/MS em 14/04/2015.

Lançado em 2012, o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS, voltado para o fortalecimento da atenção oncológica, visou à estruturação da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil, e é considerado uma prioridade do Governo Federal.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, lançado em 2011, permite orientar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e integradas para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. O Plano também propõe metas nacionais, convergentes com as metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que vêm sendo monitoradas periodicamente, como o aumento da prática de atividade física no lazer e do consumo de frutas e hortaliças; a redução do consumo médio de sal, do tabagismo e do consumo nocivo de álcool; e a detenção do crescimento da obesidade, dentre outras. Este plano está em conformidade com os objetivos e prioridades definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Como estratégia de promoção à saúde e redução dos fatores de risco para DCNT, relacionados a fatores de risco cardiovasculares e respiratórios, vem sendo priorizado o acesso a ações de promoção da saúde, produção de cuidado específico e de modos de vida saudáveis da população.

Com esse objetivo, a implantação das Academias da Saúde tem como finalidade a busca da qualidade de vida por meio do incentivo à realização de práticas corporais e atividades físicas em ambientes comunitários, de forma articulada com as Unidades Básicas de Saúde. De 2011 a 2014, foram habilitados para construção 3.772 polos de academia da saúde, em todas as regiões do País. Até o final de 2014, foram concluídas 986 obras. Em relação ao custeio, no mesmo período, há 279 polos custeados pelo Governo Federal.

Após o acordo com a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentos, firmado em 2013, tem havido o monitoramento da redução do sódio dos alimentos, com dados de análises laboratoriais; além de iniciativas para a retirada de sódio na produção de massas instantâneas, pães de forma e bisnaguinhas. Foram alcançadas por essa iniciativa, até o momento, 94,9% das massas instantâneas, 97,7% dos pães de forma e 100% das bisnaguinhas.

Os usuários de álcool, crack e outras drogas, em situação de rua, têm sido assistidos pelos Consultórios na Rua (CnR), que permitem atenção integral a essa população específica. São constituídos por equipes multiprofissionais, no mínimo com dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, e ofertam ações e cuidados de saúde com atuação itinerante e in loco. Desde 2011, até dezembro de 2014, há 133 Consultórios na Rua em funcionamento.

Com relação ao avanço da obesidade da população, em 2011 foi aprovada pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) a Estratégia Nacional para Prevenção e Controle da Obesidade no escopo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e do Plano de Segurança Alimentar e Nutricional. A partir dessas normativas, foram intensificadas as estratégias para promoção da alimentação adequada e saudável, com as recomendações do Guia Alimentar para População Brasileira, visando ao enfrentamento do quadro crescente de sobrepeso e obesidade nas diferentes faixas etárias da população.

Ainda nesse âmbito, registra-se um crescimento no número de programas de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças e do envelhecimento ativo oferecido pelos planos privados com orientação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desde 2011, essa iniciativa alcançou um total de 844 programas, que contam com a participação de

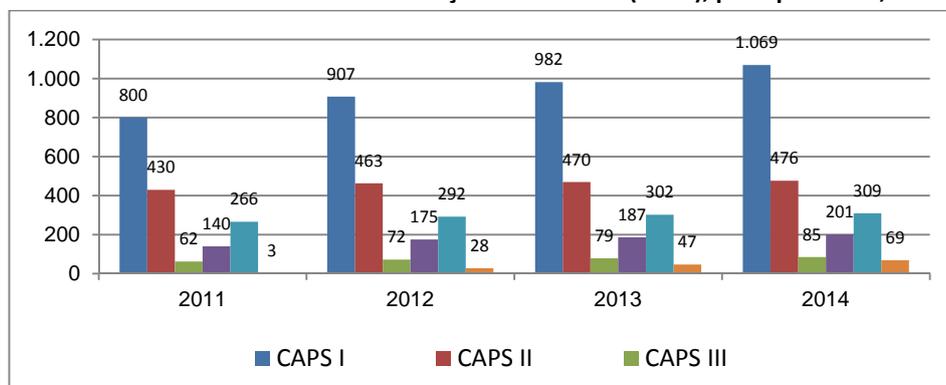
1,3 milhão de beneficiários. Além de estimular hábitos saudáveis, estes programas podem oferecer prêmios e descontos nas mensalidades dos planos.

2.5.5.3. Saúde mental

O modelo adotado para essa linha de atuação busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais. Para dar suporte a essa proposição, o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

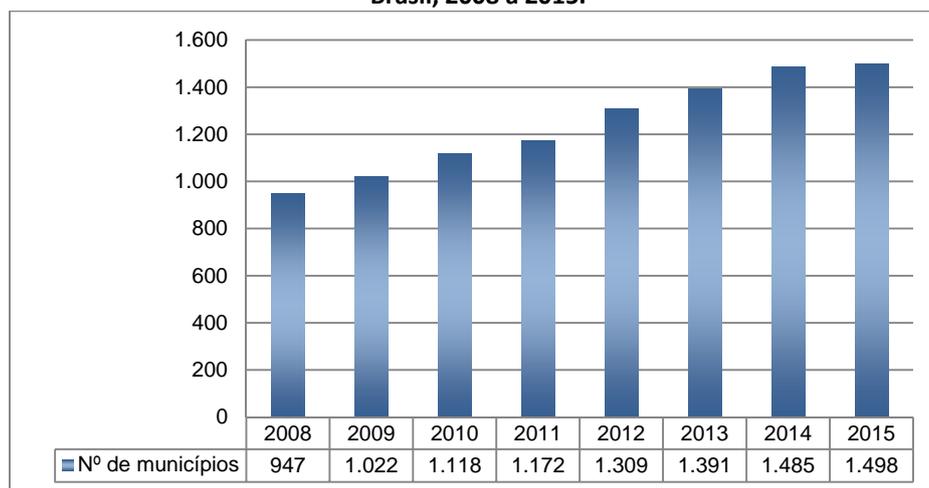
De 2011 a 2014 o total de CAPS no Brasil passou de 1.701 para 2.209, o que representa um aumento de 29,86%. Em relação aos CAPS AD e CAPS AD 24h, que realizam o acompanhamento e tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o aumento foi de 40,5%, passando de 269 para 378 em 2014.

Gráfico 27. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por tipo. Brasil, 2011 a 2014.



Fonte: SAGE/MS. Acesso em 15 de abril de 2015.

Gráfico 28. Número de municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasil, 2008 a 2015.



Fonte: SAGE/MS. Acesso em 01/09/2015. Dados parciais em 2015.

2.5.5.4. Atenção à saúde da população indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser financiado pela União, que aplica diretamente recursos para a atenção integral à saúde desta população. O cuidado integral dos povos indígenas, respeitando seus costumes, crenças e práticas, é prioritário para

a União. Os indicadores relativos à saúde indígena ainda apresentam, em linhas gerais, índices inferiores à população em geral, o que ressalta a necessidade de atenção prioritária a esse grupo populacional.

A cobertura vacinal da população indígena menor de 7 anos tem aumentado sistematicamente, passando de 71% em 2012 para 73,5% em 2014.

Atualmente, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenvolvimento das ações de Atenção Básica nas aldeias com uma rede de serviços composta por 764 Unidades Básicas de Saúde, 352 Pólos Base, 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI) e aproximadamente 19,3 mil profissionais de saúde indígena.

Com o intuito de aprimorar o atendimento à saúde nas áreas indígenas, foi ampliado o contingente de profissionais, tendo sido incorporados, até o momento, mais de 350 médicos provenientes do Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica e do Programa Mais Médicos.

No saneamento básico, até 2015, foram concluídas 54 obras de novos Sistemas de Abastecimento de Água e 24 reformas/ ampliações. Além disso, 35 aldeias foram beneficiadas com novas Melhorias Sanitárias Domiciliares. Em relação à estruturação física para atendimento à saúde indígena, foram concluídas as obras de reformas/ ampliação de 3 Casas de Saúde do Índio (CASAI), 07 Polos Bases e 06 Unidades Básicas de Saúde, além da construção de 05 novos Polos Base e 10 novas Unidades Básicas de Saúde.

2.5.5.5. Atenção à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz parte do Programa Viver sem Limite, com atuação multisetorial, lançado ao final de 2011. O seu “Eixo Cuidado” é da responsabilidade do MS.

Esta linha de ação do Plano Viver sem Limite é composta por um eixo da atenção que contempla o atendimento odontológico, a reabilitação, a implantação de oficinas ortopédicas, a triagem neonatal, incluindo os testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho, englobando a atenção para todos os tipos de deficiência: auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências.

Entre os avanços na oferta de serviços específicos, destacam-se:

- Habilitação e funcionamento de 123 Centros Especializados em Reabilitação, com aquisição de 108 veículos de transporte acessível;
- Implantação de 24 oficinas ortopédicas, com capacitação de 3.486 profissionais em órteses e próteses de nível superior;
- Qualificação de 494 Centros de Especialidades Odontológicas para atender pessoas com deficiência; e
- Disponibilização de equipamentos a 81 hospitais para implantação dos Centros Cirúrgicos.

2.5.6. A Atenção Hospitalar no SUS

Entre 2002 e 2014, houve ligeira queda, de aproximadamente 10%, no total de internações clínicas no SUS, de 5,93 milhões em 2002 para 5,34 milhões em 2014. Isso pode ser explicado pela diminuição das internações por condições sensíveis a Atenção Básica (queda de 29,7%), ou seja, aquelas causas que, se tratadas adequadamente na atenção básica, nem

sempre precisam de internação. Já para as internações por condições Não Sensíveis à Atenção Básica, observa-se um aumento de 9,6% entre 2002 e 2014. As internações cirúrgicas apresentam aumento de 2,87 milhões para 3,68 milhões, até 2014. Por outro lado, as internações obstétricas apresentaram queda de 2,7 milhões para 2,1 milhões, o que pode ser explicado pelo aumento do número de planos privados com cobertura obstétrica, que passou de 6,6 milhões para 15,3 milhões no período, assim como pela queda de nascimentos de 3 milhões para 2,9 milhões. Dessa forma, houve diminuição da demanda por internações obstétricas e parte foi realizada pelos planos privados de saúde. Também houve queda das internações psiquiátricas, que passaram de 520 mil em 2002 para 330 mil em 2014, fato explicado pelo aumento da oferta do tratamento ambulatorial nos CAPs, RTs e outros serviços não hospitalares.

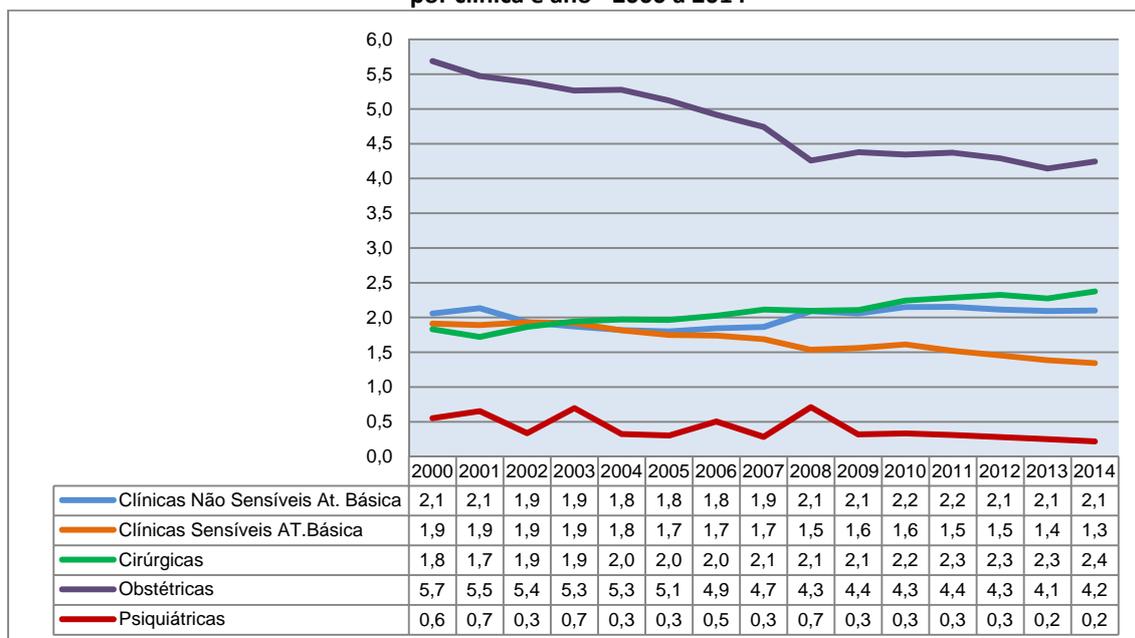
Tabela 08. Total de internações no SUS, por especialidade/leito e ano. 2002, 2006, 2010 e 2014 (em milhões)

Especialidade / leito		2002	2006	2010	2014	Diferença 2002/ 2014
Clínica	Total	5,93	5,52	5,65	5,34	-10,0%
	Não Sensíveis At. Básica	2,97	2,84	3,23	3,25	9,6%
	Sensíveis AT.Básica	2,96	2,68	2,42	2,08	-29,7%
Cirurgia		2,87	3,12	3,37	3,68	28,4%
Obstetrícia		2,72	2,49	2,13	2,15	-20,8%
Psiquiatria		0,52	0,78	0,50	0,33	-35,2%
Total		12,03	11,92	11,65	11,51	-4,4%

Fonte: SIH

As variações da tabela acima são também notadas quando se relaciona o número de internações com a população exclusivamente SUS, isto é, aquela que não tem planos de saúde privados com cobertura hospitalar, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 29. Razão entre Internações SUS e população Exclusivamente SUS, por clínica e ano - 2000 a 2014



Fonte: SIH/MS - IBGE - ANS

2.5.7. Transplantes

O Sistema Brasileiro de Transplantes é líder em crescimento na América Latina e no mundo em doadores efetivos nos últimos quatro anos. Em relação ao número de doadores efetivos, considerando a população estimada pelo IBGE, alcançamos 6,60 doadores efetivos por milhão de população no primeiro semestre de 2015.

O número de transplantes de órgãos sólidos realizados no SUS dobrou em 2014 em relação ao ano de 2002, passando de 5.266 para 10.677, considerando tanto os transplantes de células e tecidos, quanto de órgãos.

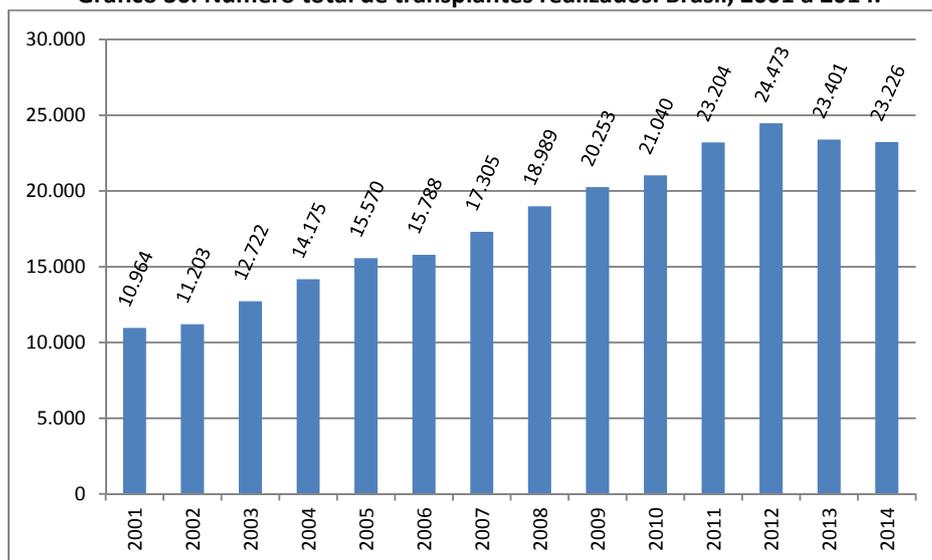
A porcentagem de aceitação em relação à autorização familiar para a doação alcançou 58% em 2014.

O Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), alcançou em 2015 mais de 3,7 milhões de doadores cadastrados, sendo o terceiro maior registro mundial de doadores voluntários de medula óssea.

A evolução sustentada no número de doadores e do número total de transplantes de órgãos se deve à manutenção dos investimentos feitos pelo Governo Federal na estruturação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e na capacitação dos atores envolvidos, bem como às campanhas anuais de sensibilização promovidas para despertar a solidariedade das famílias.

As perspectivas para 2016 incluem, entre outros, (1) a publicação da alteração do Decreto nº. 2.268/1997 que regulamenta a Lei nº. 9.434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante; (2) Publicação da revisão do Regulamento Técnico do SNT (Portaria GM/MS nº 2.600/2009), a ser publicada após atualização do Decreto nº. 2.268/1997; (3) Implantação do novo Sistema informatizado para o gerenciamento do processo de doação/transplantes de órgãos e tecidos, em substituição ao atual. O “e-SNT” proporcionará um suporte mais eficaz aos objetivos traçados e as metas estabelecidas pelo Governo Federal, estará alinhado com a nova regulamentação e propiciará maior transparência aos processos de doação e transplante nos 27 estados da federação.

Gráfico 30. Número total de transplantes realizados. Brasil, 2001 a 2014.



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS

2.5.8. Imunizações

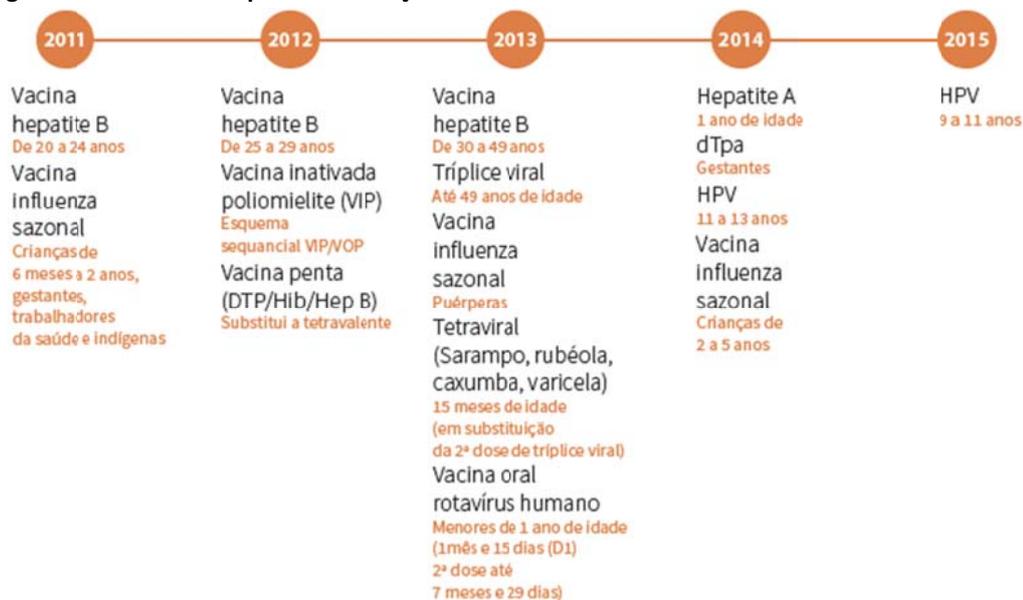
A implantação de novas vacinas e ampliação de vacinas já disponíveis para outros grupos é uma ação que caracteriza o avanço inquestionável do PNI em sua trajetória de 43 anos de prestação de serviços à população brasileira no programa rotineiro de vacinação, sobretudo no decorrer dos últimos 10 anos.

O Brasil está entre os países que mais oferece gratuitamente grande número de vacinas, com calendário de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, idosos, povos indígenas e vacinas para grupos com condições clínicas especiais. Atualmente, oferece 45 imunobiológicos entre vacinas, soros e imunoglobulinas.

A vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 para substituir a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças entre 15 meses e dois anos de idade está, em 2015, com um percentual de cobertura vacinal de 67,47% e com a expectativa de aquisição de 3,6 milhões de doses nesse ano.

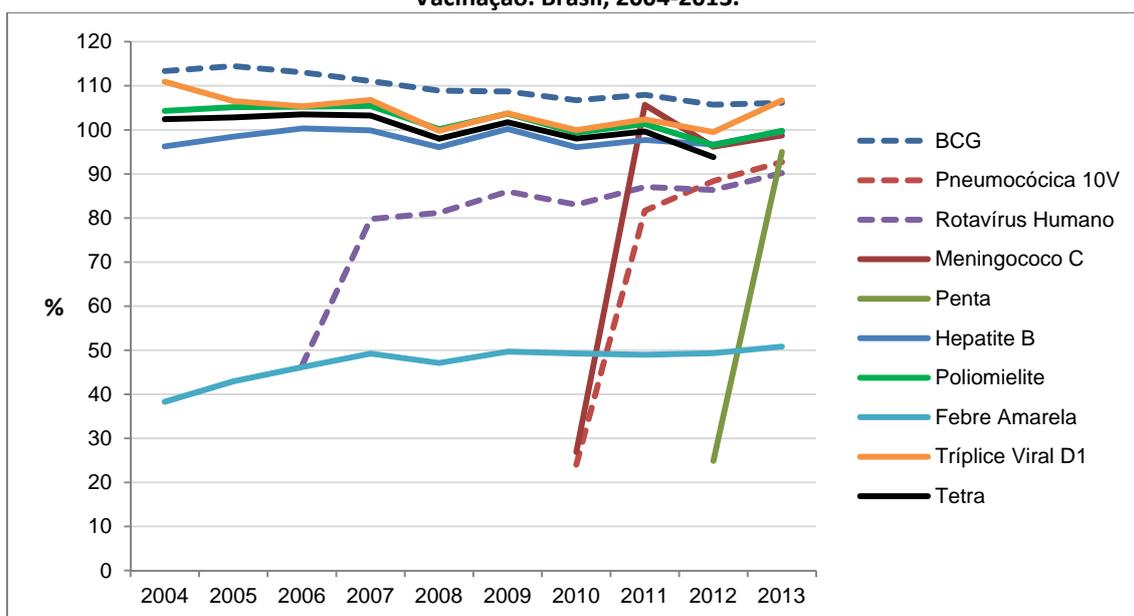
Em 2014, as vacinas BCG e Rotavírus humano superaram a meta de cobertura vacinal de 90%, enquanto as vacinas, Meningocócica C, Hepatite B, Poliomielite e Tríplice viral D1, também superaram a meta de 95% de cobertura. Ainda em 2014, 61,0% dos municípios apresentaram cobertura adequada, maior ou igual a 95%, para vacina Pentavalente (DTP+Hib+HB), em crianças menores de um ano. No mesmo ano, a vacina Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela), introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 para substituir a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças entre 15 meses e menores de dois anos de idade, alcançou cobertura de 78,2% dessa população alvo, com mais de 3,7 milhões de doses adquiridas.

Figura 02. Linha do tempo de introdução das vacinas.



Fonte: PNI/SVS/MS

Gráfico 31. Coberturas vacinais de rotina para alguns tipos de vacina do Calendário Nacional de Vacinação. Brasil, 2004-2013.



Fonte: Programa Nacional de Imunizações

Ainda em 2014, foi implantada a vacina HPV, tendo como público alvo as meninas de 11 a 13 anos de idade, estabelecendo uma meta de cobertura vacinal por cada dose do esquema de no mínimo 80%. Os resultados alcançados com a D1 foram excelentes no contexto nacional, atingindo 100% da população alvo. Os dados acumulados de segunda dose (D2) foram superiores a 92%. Em 2015, a vacinação contra HPV foi ampliada para as meninas de 9 a 11 anos, atingindo a cobertura vacinas para D1 e D2 de 65,4% e 40,6%, respectivamente. Nesse ano, a vacina também foi disponibilizada para as mulheres 9 a 26 anos de idade vivendo com HIV.

A mobilização nacional no combate à poliomielite e de seguimento contra o sarampo utilizou-se em 2014 de ampla campanha nacional para vacinar aproximadamente 12,7 milhões de crianças de seis meses a menores de cinco anos, além de 10,7 milhões de crianças de um ano a menores de cinco anos, respectivamente.

Em 2015 foi realizada a 36ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, bem como a Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização de Caderneta de Vacinação. O grupo alvo na campanha contra a poliomielite foram as crianças de seis meses a menores de cinco anos de idade - aproximadamente 12,7 milhões de crianças -, tendo alcançado 94,40% de cobertura vacinal. Nestas Campanhas foram produzidas e divulgadas mídias audiovisuais nos meios de comunicação, também ocorreu desenvolvimento de ações junto às redes sociais para divulgação da ação e informação ao público.

No combate à gripe, em 2015 também foi realizada campanha nacional de vacinação de população específica, com distribuição de mais de 52,5 milhões de doses, resultando no alcance de 87,1% de cobertura vacinal nos grupos elegíveis. Nesta Campanha foram produzidas e divulgadas mídias audiovisuais nos meios de comunicação, também ocorreu desenvolvimento de ações junto às redes sociais para divulgação da ação e informação ao público.

2.5.9. Complexo Produtivo e de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde.

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS. Tem como finalidade

contribuir para que o desenvolvimento nacional ocorra de forma sustentável com base na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País. Os objetivos principais são desenvolver e otimizar os processos de produção e absorção de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade. A PNCTIS envolve três eixos temáticos articulados: produção e inovação, pesquisa e desenvolvimento e regulação em saúde.

No tocante à pesquisa e desenvolvimento, o fomento é essencial para integrar a política de produção e inovação em saúde com as necessidades do SUS. As informações e conhecimentos produzidos e sistematizados servem de base para a atualização dos temas prioritários e estratégicos da política, traduzindo as necessidades em saúde para o fomento à produção e inovação, assim como para a criação do marco regulatório sanitário e econômico. Esse fomento está baseado no alinhamento das agendas da produção nacional e de inovação em saúde com a agenda das necessidades do SUS. Esse alinhamento justifica o uso do poder de compra do Estado como instrumento importante para fortalecer a produção pública e nacional de insumos, equipamentos e materiais estratégicos para a saúde.

O componente pesquisa em saúde da PNCTIS define-se pelo conjunto de conhecimentos, tecnologias e inovações produzidos que resultam em melhoria da saúde da população que abrange tanto a gestão como da regulação e da atenção à saúde. De 2011 a 2014 foram financiadas pesquisas estratégicas para o SUS, redes de pesquisa e Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia-INCTs. Nessa ação, destaca-se a parceria com instituições internacionais e nacionais, principalmente, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e as Fundações de Amparo às Pesquisas Estaduais.

O fomento à produção e inovação está direcionado ao parque produtivo nacional de equipamentos, materiais, fármacos e medicamentos, a partir das demandas em saúde e não apenas da oferta existente, visando ampliar o acesso e reduzir as vulnerabilidades do País em relação às oscilações do mercado internacional. No contexto mundial, é preciso definir o que o Brasil pode e deve produzir, considerando a sua capacidade tecnológica atual e potencial e as necessidades em saúde. A produção de farmoquímicos nacionais, por exemplo, apresenta grande potencial para fornecer os insumos necessários ao SUS e ser competitivo frente ao mercado internacional.

Na área do desenvolvimento produtivo e inovação em saúde, observa-se o fortalecimento do parque produtivo em saúde no escopo das políticas de desenvolvimento econômico. Nesse contexto, o Complexo Produtivo da Saúde foi fortalecido possibilitando a ampliação da produção nacional de fármacos, biofármacos, medicamentos, imunobiológicos, equipamentos e materiais de uso em saúde, com foco na ampliação da produção nacional de tecnologias estratégicas para SUS. Os produtores públicos foram fortalecidos, ampliando a linha de produção para 260 produtos com registros válidos.

O Complexo da Saúde é caracterizado por setores industriais de base química e biotecnológica (fármacos, medicamentos, imunobiológicos, vacinas, hemoderivados e reagentes) e de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos mecânicos, eletrônicos, próteses, órteses e materiais). Esses setores industriais relacionam-se com os serviços de saúde (hospitais, serviços de saúde e de diagnóstico) em uma dinâmica permanente de interdependência e de interação com a sociedade e o Estado na busca de oferta de serviços e produtos.

Com finalidade de potencializar a capacidade de produção e, conseqüentemente, o acesso, foram desenvolvidas as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), consideradas uma das estratégias mais efetivas voltadas à consolidação da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS, resultantes do processo de otimização das compras públicas do MS. Desde 2009, foram aprovadas 104 propostas de projetos de PDP.

Estão envolvidas 43 entidades privadas, sendo 25 nacionais e 18 de capital estrangeiro, além de 18 instituições públicas.

As PDP em fase de compra já possibilitaram economia de aproximadamente R\$ 2,5 bilhões para as aquisições centralizadas do Ministério da Saúde de 2011 a julho de 2015.

O campo da regulação é estratégico para o êxito da PNCTIS, pois marca diretamente as possibilidades de fomento à produção e inovação, o uso do poder de compra do Estado, a produção científica e o acesso. Abrange a proposição de novos mecanismos regulatórios e mudanças naqueles existentes para estabelecer um marco regulatório sanitário e econômico adequado e que fortaleça as estratégias dessa política. A regulação contribui para garantir que a política se integre efetivamente com as necessidades do SUS e de saúde da população. A regulação deve induzir os agentes envolvidos na política a utilizarem seus instrumentos.

O eixo da regulação está baseado na adequação e aperfeiçoamento do marco regulatório para incentivar a produção nacional de tecnologias em saúde prioritárias para o SUS, que estimule inovações, diminua custos e amplie o acesso e na coordenação de ações direcionadas à avaliação da incorporação e retirada de tecnologias em saúde, com base nos critérios de segurança, eficácia e eficiência em consonância com as linhas de cuidado estabelecidas e em articulação com os órgãos do MS e instâncias do SUS (tais ações têm como base a Lei nº 12.401/2011, que altera a Lei nº 8.080/90 e que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS).

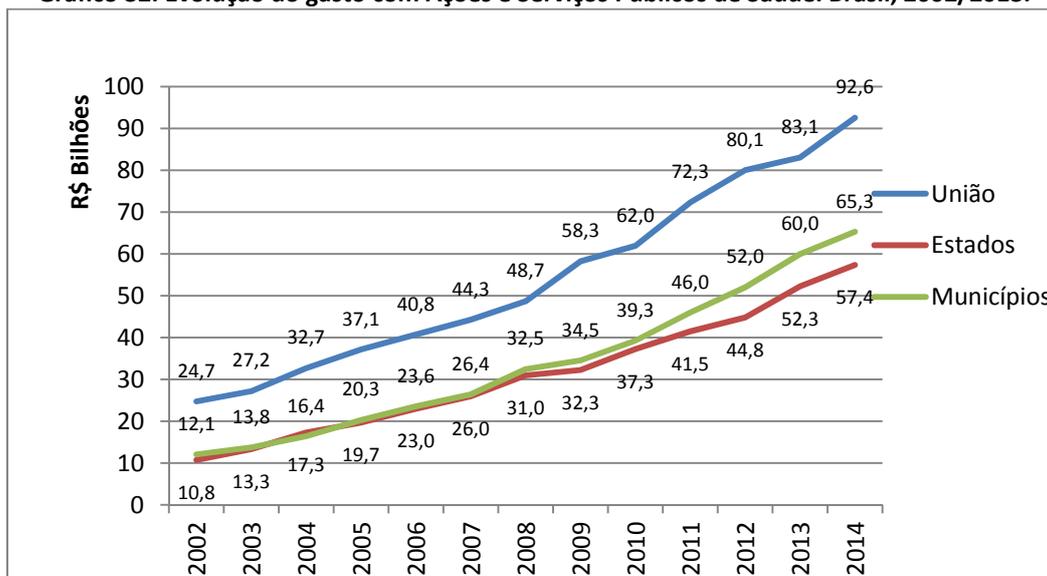
2.6. Gestão em saúde

2.6.1. Recursos financeiros

A. Dotação federal e alocação nacional de recursos.

A equalização da participação federal no financiamento das ações de saúde depositou grande expectativa na regulamentação da EC 29. No entanto, a Lei Complementar nº 141 de 2012 (LC 141/2012), que a regulamentou, não modificou a condição de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) para o piso da União. Em consequência, em termos de volume do montante federal empregado, não se observou modificação significativa. Para Estados e Municípios, a fixação dos parâmetros mínimos permaneceu inalterada. O dispositivo mais importante contido na LC 141/2012 diz respeito à definição da natureza das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Esse dispositivo trouxe mais clareza à destinação dos recursos por cada ente federado e permitiu um acompanhamento mais sistemático da destinação dos recursos, segundo as determinações constitucionais.

Gráfico 32. Evolução do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde. Brasil, 2002/2013.



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS

A conexão direta entre a disponibilidade de meios e o cenário econômico foi estabelecida pela Emenda Constitucional nº 86, aprovada em 17/03/2015, que vinculou os recursos para a saúde à Receita Corrente Líquida (RCL). Isso ocasionará a necessidade de aprimoramento de controles de execução, bem como do monitoramento, devido à instabilidade do cenário econômico atual e à imprevisibilidade que gera sobre as projeções de disponibilidades futuras. O mesmo dispositivo legal referenda o dispositivo da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) ao estabelecer a obrigatoriedade de emendas parlamentares individuais dentro do piso gerado pela vinculação à RCL. Esse contexto legal induz o MS a aprimorar sua capacidade de gestão, de forma a criar sinergia entre sua programação e as proposições apresentadas ao Orçamento da União, por meio de emendas parlamentares individuais, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da possibilidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras.

B. Formas de rateio federativo e de transferências, considerando o princípio da equidade

Em relação à operacionalização das transferências da União a Estados e Municípios e dos Estados aos Municípios, a LC 141/2012 endossa o já determinado com relação ao papel dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde: destaca que todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de contas específicas de responsabilidade desses fundos e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente deverão contar, além do respectivo fundo, com plano de saúde devidamente aprovado pelos conselhos de saúde.

Com relação às transferências da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, a LC 141/2012 determina a observação de seus critérios e do art. 35 da Lei 8080/1990, cabendo à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os critérios de necessidade de saúde definidos no art. 35 da Lei 8080/90, foram endossados pela Lei Complementar 141/2012 como orientadores da forma de transferência. O balizador central é a necessidade de saúde da população. A definição dessa necessidade leva em consideração as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, geográfica, de organização de serviços (quantidade, qualidade) que, nos termos do Decreto 7.508/2011,

deverá ser dimensionada por região de saúde. A metodologia de cálculo deverá considerar essas dimensões, devendo o desempenho econômico, financeiro e técnico do período anterior ser apurado anualmente e orientar o cálculo de um adicional para esse critério. O grande desafio a ser enfrentado no curto prazo é a fixação de formas de transferências da União aos demais entes federados, tendo em vista a adoção efetiva de parâmetros de metodologia que favoreça equidade inter-regional.

C. Acompanhamento e verificação das aplicações mínimas pelos entes federativos

Com finalidade de assegurar o cumprimento da LC 141/2012, no que concerne à aplicação dos recursos em saúde, respeitando o mínimo estabelecido para aplicação pelos entes federados, a mesma lei atribuiu ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) a função de instrumento de aferição e comprovação dos pisos estabelecidos pela EC 29. Para cumprir a determinação legal, o SIOPS vem passando por um processo de adaptação abrangente.

Os efeitos jurídicos da LC 141/2012 enfatizam a questão da utilização indevida dos recursos das transferências inter federativas. Verificada essa situação, o ente federativo deverá repor os recursos aplicados indevidamente e reaplicá-los nas ações e serviços de saúde prejudicados. Em caso de comprovação de malversação das transferências, o ente responderá, administrativa e penalmente, conforme a infração cometida, nos termos da legislação específica.

Nesse âmbito, o desafio a ser enfrentado pelo gestor federal será o aperfeiçoamento e a manutenção da forma de aferição do cumprimento da EC 29 pelos entes federados e, por extensão, das determinações da EC 86/2015.

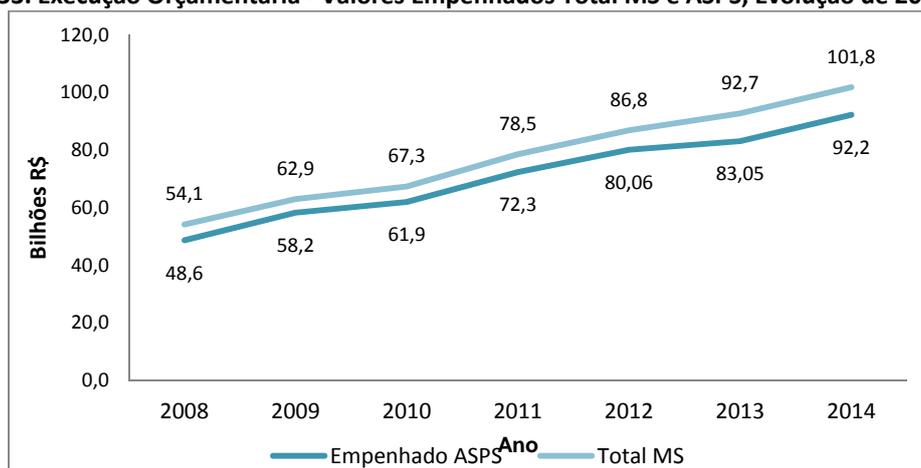
D. Recursos Orçamentários

O orçamento do Ministério da Saúde é definido pela Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada exercício, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro subsequente. Segundo o art. 5º da Lei Complementar nº 141/2012, a União deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde, minimamente, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual de variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da LOA anual. Essa disposição foi modificada pela Emenda Constitucional 86/2015 que vinculou a participação da União no financiamento setorial ao correspondente ao percentual de 15% da Receita Corrente Líquida, incorporado num gradiente de 13,2%, a partir de 2016, até os 15% em 2020.

No ano de 2013, a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2014 (Lei nº 12.919 de 24 de dezembro de 2013), trouxe novos desafios para a execução do Ministério da Saúde, no sentido de aprimorar sua capacidade de gestão entre sua programação própria e as proposições do Parlamento ao Orçamento da União, por meio de emendas parlamentares individuais.

Em relação às dotações orçamentárias, observa-se que houve crescimento nos valores empenhados equivalente a 83,67% entre 2008 e 2014 (7,9% em 2014 comparativamente ao ano anterior).

Gráfico 33. Execução Orçamentária - Valores Empenhados Total MS e ASPS, Evolução de 2008 a 2014.

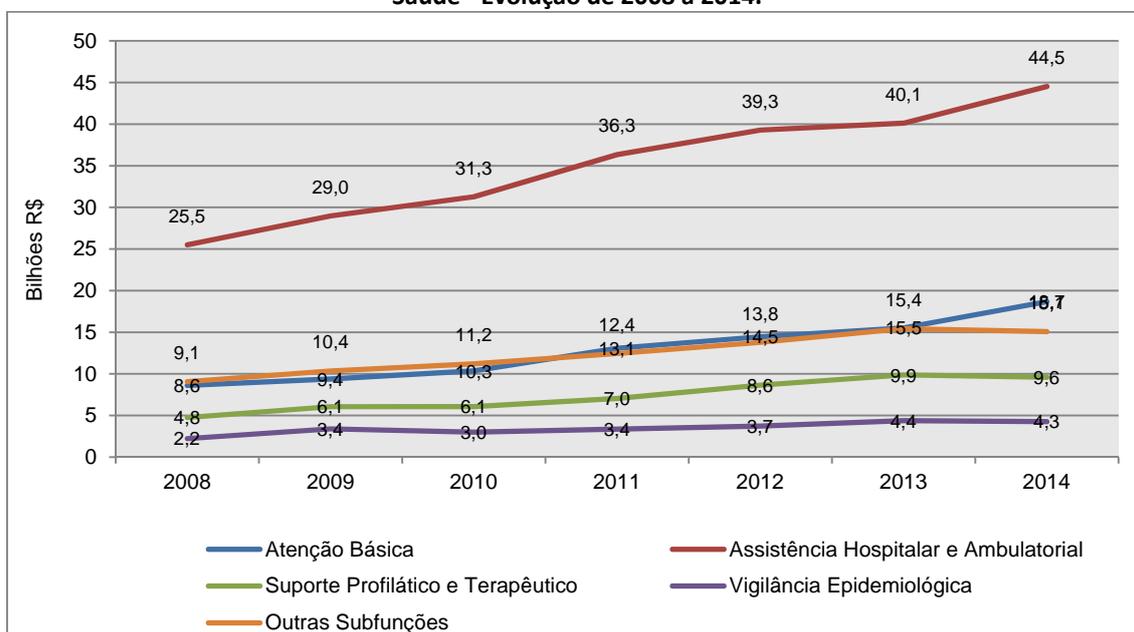


Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS

Entre as subfunções, a que apresenta maior volume de recursos empenhados é a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (48,3%), seguida da Atenção Básica (20,3%) e Suporte Profilático e Terapêutico (10,4%).

Em termos percentuais, o maior aumento foi na Atenção Básica, com crescimento de 116% entre 2008 e 2014, seguido do Suporte Profilático e Terapêutico (101%), Vigilância Epidemiológica (91%) e Assistência Hospitalar e Ambulatorial (74%).

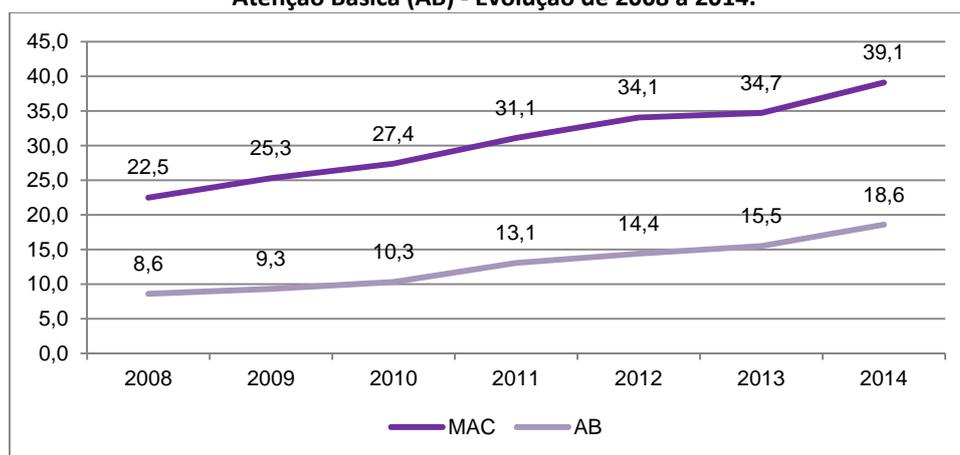
Gráfico 34. Execução Orçamentária da Função Saúde - Valores Empenhados por Subfunção da Função Saúde - Evolução de 2008 a 2014.



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS

Na relação comparativa dos valores empenhados em Atenção Básica (AB) versus Média e Alta Complexidade (MAC), temos um aumento de 73% dos valores do MAC entre 2008 a 2014, enquanto que os valores empenhados em AB aumentaram 116% no período.

Gráfico 35. Execução Orçamentária - Valores Empenhados por Media e Alta Complexidade (MAC) e Atenção Básica (AB) - Evolução de 2008 a 2014.



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS

Com relação ao compartilhamento da responsabilidade de financiamento, observa-se notável crescimento no conjunto dos entes federados, sendo mais pronunciado nas esferas municipal e estadual. Em termos de volume de recursos, a esfera federal permanece como a principal financiadora da saúde pública, com quase 43% do total das três esferas de gestão.

2.6.2. Gestão do trabalho e da educação em saúde

Com relação às pessoas envolvidas nos processos de trabalho do SUS, o desafio atual trata-se da qualificação e das condições adequadas para uma distribuição espacial racional do trabalho em saúde.

Com relação à primeira premissa, a formação profissional técnica de nível médio, articulada aos serviços de saúde, teve uma progressão irregular.

Tabela 09. Número de formados em nível médio em profissões de saúde

Tipo	2010	2011	2012	2013	2014
Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio	2.789	1.991	5.338	4.416	6.006
Cursos de Escolas Técnicas de saúde	-	19.335	18.655	21.361	12.321

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS

O apoio à formação dos Agentes Comunitários de Saúde qualificou 176.943 profissionais em 2008 e alcançou 217.900 profissionais em 2014, significando uma evolução de 23% no período.

Com relação aos profissionais de nível superior, foram ofertadas 94.249 vagas para qualificação, sendo que apenas 19.890, correspondentes a 21%, concluíram o curso em que se matriculou. A pouca significância desse resultado indica a persistente discussão em torno da qualidade e do ajuste da adequação de perfis de qualificação às necessidades do SUS.

A carência e má distribuição geográfica e social dos profissionais, especialmente médicos, foi atenuada, porém não eliminada, pelo Programa Mais Médicos. Em 2014, foram alocados 7.786 médicos, entre brasileiros e estrangeiros, atingindo um total 14.462 médicos em atividade desde 2012 em 3.785 Municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) desde a sua criação.

As iniciativas voltadas para a desprecarização do trabalho e o fortalecimento de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores das relações trabalhistas resultaram na instalação e fortalecimento das Mesas de Negociação Permanentes do SUS, importante espaço para o diálogo e pactuação entre gestores e trabalhadores para a melhoria da qualidade do trabalho.

Tabela 10. Evolução do processo de instalação de novas mesas de negociação. Brasil, 2012 a 2015.

SITUAÇÃO	2012	2013	2014	2015
Mesas instaladas	50	54	60	62
Mesas em instalação	2	7	8	6
TOTAL	52	61	68	68

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS

3. Objetivos e Metas

Objetivo 01. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde.

Em 2011, por meio da Portaria nº 2.488, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNB) que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Neste sentido, as ações da Política Nacional de Atenção Básica são desenvolvidas com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas e caracteriza-se pela promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico oportuno, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As principais ações básicas são orientadas por práticas sanitárias comunitárias e participativas.

Na atenção básica, as unidades básicas que dão suporte a essa linha devem ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com circunscrição territorial e direcionamento para segmentos populacionais delimitados de acordo com a base populacional. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No que tange aos recursos humanos para a Atenção Básica, o Programa Mais Médicos, instituído em 2013, tem buscado reduzir a carência de médicos nos municípios e regiões com maior proporção de população em extrema pobreza, maior percentual de população usuária do SUS, com maior dificuldade de atração e fixação de médicos. A partir de 2015 e para o quadriênio 2016-2019 o Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB Médicos - está incorporado ao Programa Mais Médicos. Com a incorporação, o município poderá dar à população e ao gestor municipal a segurança da continuidade do cuidado, pois será possível manter o profissional que era do PROVAB por mais três anos atuando na Atenção Básica junto à comunidade.

As Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde constituem outra importante estratégia para fortalecimento dessa atenção, sendo que a expansão e qualificação destes serviços deve ser prioritária.

A Atenção Especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. É composta por: a) Ambulatorial Especializada: conjunto de serviços e ações eletivas de média e alta complexidade para continuidade do cuidado; b) Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. c) Urgência e Emergência: conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam complicações nas condições crônicas.

Outra importante linha de atuação pública no SUS no âmbito da Atenção Especializada é a que operacionaliza a Política Nacional de Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células, que foi estabelecida e fundamentada pela Lei 9.434/97, e tem como diretrizes a gratuidade da doação, o vigoroso repúdio e combate ao comércio de órgãos, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Estas normativas trazem, também, garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial. Toda a política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regem o funcionamento do SUS.

Por fim, os serviços especializados das Unidades de Terapia Intensiva são serviços hospitalares de suma importância no SUS, destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptas, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, classificadas como: UTI Adulto, UTI Pediátrica, Unidade Coronariana – UCO e Unidades Neonatais.

A ampliação do número de leitos SUS de UTI tem por objetivo organizar e garantir o acesso ao paciente grave ou de risco, priorizar as ações que vise à redução da mortalidade, induzir a formação e qualificação de recursos humanos especializados e induzir a implantação de mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência prestada aos pacientes graves ou potencialmente graves no SUS.

Metas

Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família para 46 mil.
Ampliar o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para 7.000.
Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas.
Implantar 684 novas equipes de atenção domiciliar, sendo 432 novas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 252 novas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).
Ampliar a cobertura da atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.
Alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.
Avaliar e certificar a qualidade de 40 mil equipes de atenção básica no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde
Aumentar de 18 para 20,7 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).
Ampliar em 5.994 o número de leitos, sendo 4.080 novos leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO) e 1.914 leitos de UCI Convencional e Canguru no SUS, em todas as regiões do País.
Aumentar em 4% ao ano o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (pmp), passando de 37,95 pmp para 46,18 pmp.
Aumentar em 4% ao ano o Índice de Doadores Efetivos de Órgãos por milhão da população (pmp), passando de 13,36 pmp para 16,25 pmp.
Disponibilizar teste de ácido nucléico - NAT brasileiro para HIV / HCV / HBV para 100% das doações de sangue realizadas no âmbito do SUS.
Aumentar de 20 para 160 as Centrais de Regulação que recebem incentivo federal de custeio para a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.
Custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde.
Garantir 14 mil Unidades Básicas de Saúde utilizando prontuário eletrônico.
Implementar brinquedotecas em todos os hospitais federais que realizem atendimento pediátrico em regime de internação, em cumprimento da lei nº 11.104/2008
Apoiar a construção, reforma e ampliação de mais 16.000 obras do Programa de Requalificação de UBS – RequalificaUBS.
Implantar 500 novos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs.
Implantar 732 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Objetivo 02. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O aprimoramento e articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se em importante objetivo estratégico no aprimoramento do Sistema Único de Saúde. As Redes Temáticas consideradas prioritárias foram: Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial, incluindo o cuidado das pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Neste Plano, dar-se-á prioridade articulação entre essas redes em seus diferentes estágios de constituição.

A definição destas Redes partiu do diagnóstico da situação epidemiológica de populações específicas, dos problemas relacionados ao cuidado materno infantil, aos transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas, ao cuidado às Pessoas com Deficiências, com doenças crônicas, e dos graves problemas de atenção às urgências e emergências e atenção hospitalar em todo o país.

A RUE conta com os componentes pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar. Ela envolve a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, e a abrangência dos serviços em caráter de urgência e emergência torna necessária a qualificação das unidades de atendimento que operam com essa finalidade. O espectro de serviços abrange desde o contato inicial em situação de urgência e emergência, os cuidados necessários e o encaminhamento para a continuidade do tratamento, quando prescrito.

Entre os componentes da RUE, destacam-se o Serviço Móvel de Urgências e Emergências (Samu), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as unidades de pronto socorro. Para a composição dessa rede, serão envidados esforços para a constituição das portas de entrada estratégicas e leitos de retaguarda integrantes, por meio da aquisição de equipamentos, reformas e/ou ampliação. Para coordenar a mobilidade e a conectividade dos serviços, será intensificada a estruturação das centrais de regulação do serviço móvel de urgência e emergência; estruturadas unidades de suporte básico e avançado; adquiridas motos, embarcações, bem como constituídas e/ou mantidas as equipes de aeromédicos, com o objetivo ampliar esse tipo de atendimento.

A implementação desse objetivo inclui também o desenvolvimento da Rede Cegonha, estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico.

A Rede de Atenção Psicossocial busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais, e tem como principal evolução propositiva impulsionar um salto qualitativo na organização da rede substitutiva de Centros de Atenção Psicossocial (CAP) e outros componentes da Rede, com a finalidade de reduzir drasticamente as internações em hospitais psiquiátricos. Para dar suporte a essa proposição o SUS conta com serviços e equipamentos variados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Essas iniciativas têm como finalidade a ampliação do acesso por meio da elevação da cobertura de CAPS, unidades de acolhimento, serviços residenciais terapêuticos, leitos de saúde mental em hospital geral e empreendimento solidário/cooperativismo social, utilizando-se de subsídios técnicos e financeiros. Nesse contexto, haverá priorização da ampliação da capacidade de cuidados dos usuários de crack, álcool e outras drogas. Serão implementadas ações de prevenção de droga baseadas em escola para crianças de 6 a 14 anos e ações de prevenção de drogas voltadas para familiares.

Com relação ao cuidado com pessoas portadoras de deficiências, terá como principal condutor a Rede Viver sem Limites, que faz parte de um amplo Programa de Governo, com atuação interministerial com a finalidade de continuar expandindo o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde de uma maneira geral, e especificamente àqueles já definidos na Rede.

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um dos principais focos desse objetivo, deverá ser estabelecido um conjunto de linhas de cuidado, com projetos terapêuticos adequados, estabelecendo vinculação entre o cuidado e a equipe de saúde. No âmbito desse objetivo deverá ser fortalecida a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da expansão dos serviços habilitados para realização de procedimentos em alta complexidade em obesidade e habilitação de novos serviços para realização de exames de diagnóstico, entre outros.

Para o período do Plano, propõe-se dar continuidade ao aperfeiçoamento das Redes Temáticas e, simultaneamente, trabalhar no sentido de superar a fragmentação das linhas de cuidado. Para isso, pretende-se incentivar que os Grupos Condutores das Redes possam trabalhar de forma articulada e que a estratégia de Apoio do MS também reorganize seu processo de trabalho no sentido de integrar as ações nas Regiões de Saúde, aprimorando a capacidade de apoiar a CIR no seu desafio de fazer planejamento regional integrado e articular as redes que compõem o conjunto, afastando o foco exclusivo em uma ou outra Rede temática.

Metas

Ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do Programa Viver sem Limites.

Ampliar de 166 mil para 182 mil o número de recém-nascidos beneficiados ao ano pelo Programa de Bancos de Leite Humano no Brasil.

Habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR).

Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.

Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.

Implantar 60 novos Centros de Parto Normal – CPN.

Realizar 15 milhões de mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos.

Realizar 30 milhões de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos.

Implantar 80 soluções de radioterapia contempladas no Plano de Expansão da Radioterapia.

Apoiar a implantação de 175 UPA 24h.

Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando de 4.364 para 6.764.

Apoiar a implantação de 200 equipes de Consultório na Rua.

Apoiar a implantação de 37 Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil - UAI.

Apoiar a implantação de 28 unidades de acolhimento adulto

Incentivar a implantação de 480 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Apoiar a construção de 160 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III - 24 horas.

Apoiar a implantação de 162 novos CAPS-AD e CAPS-AD III

Apoiar a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais

Incentivar a adesão de 400 Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Implantar 98 Centros Especializados em Reabilitação - CER, passando de 124 para 222 CER em funcionamento.

Implantar 50 oficinas ortopédicas no País, passando de 24 para 74 oficinas em funcionamento.

Ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência, passando de 103 para 201 veículos entregues.

Apoiar a implantação de 300 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Habilitar 18 unidades que realizam acompanhamento multiprofissional das pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) nos estágios clínicos IV e V (pré dialítico).

Elaborar e publicar 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limite.

Objetivo 03. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

O SUS constituiu-se sob o princípio da equidade, assegurando que populações estratégicas e vulneráveis sejam atendidas com políticas públicas específicas para se alcançar a efetiva universalidade do acesso e a igualdade de direitos.

Nesse sentido, este objetivo contempla a promoção do cuidado integral nos ciclos de vida e gênero como uma das prioridades do MS, para operacionalização na integralidade da atuação com abrangência nacional, a partir das Regiões de Saúde.

As populações vulneráveis são grupos populacionais que se encontram em passíveis de exclusão em termos de direitos humanos e de cidadania. Na interface com os ciclos de vida e questões de gênero, de orientação sexual, de raça/cor, há uma gama de processos de exclusão, de discriminação e dificuldades de acesso que exigem, para sua superação, políticas específicas que contribuam para garantia de acesso integral à saúde.

Ao levar em consideração questões de gênero e situações de vulnerabilidade e especificidades, políticas estruturantes – tais como as Redes de Atenção à Saúde – buscam a integralidade do cuidado e devem ser permanentemente desenvolvidas no âmbito do SUS.

A política nacional de atenção integral à saúde da criança tem como objetivo promover o desenvolvimento integral da criança, da gestação até os nove anos de vida, em parceria com estados, Distrito Federal e municípios, além da família, da sociedade e da iniciativa privada, para garantia da atenção a saúde, respeitados os direitos humanos.

O cuidado da criança ocorre no conjunto dos serviços de saúde, organizados em Rede: do nascimento até os dois anos de vida, com foco no cuidado na primeira semana de vida, na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável na Rede Cegonha; para atenção à criança em situação de urgência e emergência, incluindo atenção hospitalar nas na RUE; nos serviços da Rede da Pessoa com Deficiência, além da prioridade na triagem neonatal biológica, auditiva e ocular e no cuidado integral da criança com deficiência na RAPS, seja na AB ou nos serviços especializados como o CAPS Infantil.

A proposta integrante deste Plano para os próximos anos é fortalecer a atenção integral às crianças, investindo em ações que melhorem o cuidado na atenção básica, na perspectiva de melhorar o desenvolvimento das crianças e reduzir a mortalidade infantil. Uma das iniciativas do MS neste sentido é a distribuição e incentivando o uso da Caderneta da Criança,

A adolescência é o período avaliado como o mais saudável da vida e o melhor momento para investir em medidas preventivas. Neste sentido considera-se fundamental avaliação do crescimento e desenvolvimento puerperal na AB, e o fornecimento e uso da Caderneta de Saúde do Adolescente é um importante instrumento para garantir o acompanhamento de adolescentes na AB. Outro grupo vulnerável é o de adolescentes em conflito com a lei, para os quais está definida a organização de equipes de saúde de referência na AB para atendimento a este público alvo.

A população idosa brasileira corresponde a 26,1 milhões de habitantes, valor equivalente a 13% da população total (PNAD/IBGE, 2013). O MS tem incentivado os Estados, Distrito Federal e Municípios a reorganizarem seus serviços de saúde no sentido de incorporar a população idosa no cuidado integral, em conformidade com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. Esta reorganização tem estreita relação com a formação e capacitação dos profissionais de saúde e gestores para a abordagem multidisciplinar da questão do envelhecimento. Nesse contexto, para os próximos anos, pretende-se dar continuidade às estratégias em curso para instrumentalizar e qualificar os profissionais acerca das especificidades da saúde da população idosa. Além disso, a promoção do cuidado integral à pessoa idosa tem um

forte componente intersetorial e a participação do MS na Política Intersetorial de Cuidados é fundamental.

Considerando as questões de gênero, estudos referentes às necessidades da população feminina e acordos internacionais firmados pelo Brasil orientam ações a serem desenvolvidas pelo MS, reafirmando os direitos humanos das mulheres. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) estabelece a necessidade de qualificação das ações de prevenção, assistência e recuperação da saúde das mulheres com abordagens que considerem a integralidade do cuidado e os direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A PNAISM atua de forma intersetorial e com especial atenção a segmentos específicos e vulneráveis da população feminina. É necessário o investimento na promoção do cuidado integral a mulheres em situação de violências, especialmente a doméstica/intrafamiliar e sexual; ampliação e qualificação da atenção obstétrica; a atenção ginecológica/climatério e fortalecer a prevenção e controle das DST/AIDS na população feminina. Outro importante desafio para os próximos anos é formular e implantar, em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, uma política de direitos sexuais e reprodutivos, em parceria com movimentos de mulheres, e com outras áreas do Governo Federal.

A Saúde do Homem é voltada para a faixa etária de 20 a 59 anos. A proposta embutida neste Plano é investir na capacitação das equipes de saúde dos diferentes serviços que se organizam nos territórios para o atendimento deste público alvo, que corresponde a 55 milhões de pessoas. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem dispõe-se a qualificar a atenção à saúde dessa população na lógica de linhas de cuidado, em conformidade com os principais agravos que acometem a população masculina, nas Redes existentes.

O MS buscará, com a colaboração federativa e considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/cor e situações de vulnerabilidade, qualificar a atenção básica, as redes temáticas e as redes de atenção à saúde regionais através de estratégias de capacitação e qualificação das equipes; profissionais e gestores do SUS; disseminação de conhecimento; produção e distribuição de materiais didáticos e publicações; além da ampliação e qualificação de serviços.

Metas

Ampliar o número das equipes de saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei, passando de 65 para 110 equipes implantadas.

Implantar 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios.

Suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, anualmente.

Objetivo 04. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

No Brasil, as doenças transmissíveis ainda representam uma enorme carga social, ao mesmo tempo, em que os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, os acidentes e as violências e os riscos ambientais ganham importância epidemiológica, sanitária, social e econômica.

A informação, essência da atuação da vigilância em saúde, fortalecida pelos sistemas nacionais de coleta, sistematização e análise de dados, fundamenta as decisões pautadas em base comum para análise dos problemas, de cenários e monitoramento de estratégias possibilitando a percepção da heterogeneidade que caracteriza as condições de saúde da população brasileira.

No conjunto das doenças transmissíveis, observa-se a forte presença de doenças cuja incidência é influenciada por fatores como: a urbanização desordenada; a carência de saneamento urbano; a superpopulação em ambientes e moradias insalubres, que favorecem o contato próximo entre humanos, animais e vetores; a exposição a desastres ambientais, como inundações, quedas de barreiras e incêndios; uso abusivo de agrotóxicos e poluentes nas águas; a alimentação inadequada; a dificuldade ou a falta de acesso aos serviços de saúde e às novas tecnologias de cuidado.

A carga dessas doenças está fortemente associada à mortalidade assim como a incapacidades temporárias ou permanentes. Nesse grupo de doenças podem-se destacar a Aids e a tuberculose, responsáveis por elevada mortalidade em grupos sociais como a população negra, os indígenas, as pessoas privadas de liberdade e as que moram nas ruas. Também representam um desafio para o setor Saúde as doenças cuja ocorrência predomina em regiões mais pobres do país e que historicamente foram negligenciadas, a exemplo da hanseníase, da leishmaniose, da malária, da doença de Chagas, do tracoma, entre outras.

Para o enfrentamento desses problemas, faz-se necessária a articulação e a integração com órgãos externos ao setor saúde, a exemplo da violência interpessoal e em particular da violência contra a mulher, de ocorrência majoritária no âmbito doméstico.

Para a temática da AIDS, destacam-se projetos de prevenção, em parceria com a sociedade civil, para fortalecimento da organização e da política voltada para Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA) e segmentos prioritários, assim como, um aumento significativo em cerca de 400% na oferta de preservativos.

Destaca-se a oferta de uma nova geração de medicamentos para hepatite C, com redução significativa do tempo de tratamento, com mais de 90% de taxa de cura, baixa possibilidade de eventos adversos e redução de 50% no custo do tratamento.

Ainda no campo de doenças negligenciadas, o Ministério da Saúde elaborou um plano de ações estratégicas de eliminação que vem resultando em uma tendência de queda dessas doenças nos últimos anos.

No contexto das imunopreveníveis, as vacinas fornecidas MS são importantes estratégias para a eliminação e o controle de doenças, como a varíola e a interrupção da transmissão da poliomielite e do sarampo autóctone. Há cinco anos o Brasil está livre de casos de rubéola. Entre 2006 e 2014, o país ampliou a vacinação para hepatite B, a vacina contra influenza sazonal e incorporou novas vacinas ao seu calendário oficial (rotavírus humano, meningocócica conjugada C, pneumocócica 10 valente, poliomielite inativada (VIP), pentavalente, tetraviral (oral), hepatite A, dTpa e HPV).

Para o quadriênio 2016-2019, no âmbito das doenças transmissíveis em geral, o MS espera empreender várias frentes de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, ao controle e à eliminação de agravos, com ênfase na redução do número de óbitos por dengue, na ampliação da taxa de cura da tuberculose, na eliminação da hanseníase, na redução dos casos

autóctones de malária, na redução da incidência da malária e AIDS, sem descuidar das demais enfermidades, como as negligenciadas.

Quanto às ações estruturantes voltadas ao controle de doenças imunopreveníveis, espera-se introduzir novas vacinas no calendário vacinal do SUS e a garantir a homogeneidade das coberturas vacinais em todo o território nacional, com taxas de coberturas mais elevadas em todos os municípios brasileiros.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm registrado ônus crescente em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século. Essas transições resultaram em aumento considerável das DCNT de modo que as quatro principais doenças desse grupo (doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes) foram responsáveis por 74% das mortes no Brasil. Tal magnitude gera efeitos não somente na mortalidade prematura, mas também na redução da qualidade de vida, com aumento de limitações e incapacidades que impactam, inclusive, economicamente.

Embora presentes em outras faixas etárias, os agravos crônico-degenerativos estão relacionados ao aumento da expectativa de vida da população e a previsão é que a população idosa aumente ainda mais nas próximas décadas. Segundo estimativas do IBGE, o grupo etário de 60 anos ou mais de idade passará de 28,3 milhões, em 2020, para um número de 64 milhões de idosos, em 2050.

Diante disso, as ações estratégicas do MS têm como base as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa objetiva promover o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde deste contingente populacional, bem como medidas direcionadas à qualificação dos serviços de saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada em 2014, é um reforço à institucionalização da promoção da saúde no SUS e legitimação da análise da situação de saúde como ferramenta de planejamento, indução e sustentabilidade das estratégias de redução dos fatores de risco, de proteção e controle das DCNT e dos agravos no país. A PNPS tem como objetivo promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Esta política aponta os temas considerados prioritários para a promoção da saúde, que são: formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; mobilidade segura; promoção da cultura da paz e direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável. A PNPS traz em sua essência a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas, em conformidade com a Saúde em Todas as Políticas.

O Plano de Enfrentamento às DCNT tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Evidências científicas apontam que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo II e 40% dos vários tipos de câncer. Dentre os fatores de risco para as principais DCNT, destacam-se aqueles modificáveis e comuns às doenças referidas, que são: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população geral, a primeira entre 1 a 39 anos, e ocupa o quinto lugar no mundo em morte provocadas pelo trânsito, sendo a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e acima de 40 anos.

Em 2014, foram registradas 176.007 internações, que geraram um custo de R\$ 244 milhões para o SUS. Soma-se a isso o sofrimento das famílias pelas mortes e incapacidades físicas

e os altos custos absorvidos pelos sistemas públicos, que impactam diretamente no Produto Interno Bruto (PIB). A Organização Mundial da Saúde estima que as perdas anuais devido aos ATT ultrapassem US\$ 500 bilhões e, no Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA estima que os custos totais dos acidentes de trânsito ocorridos nas rodovias federais brasileiras, em 2014, geraram um custo para sociedade de R\$ 12,3 bilhões; nas rodovias estaduais e municipais, este valor seria de R\$ 24,8 e R\$ 30,5 bilhões. Em termos globais, pode-se estimar em cerca de R\$ 40 bilhões por ano o custo que a sociedade tem com os acidentes de trânsito em todas as rodovias brasileiras. Isso significa que os benefícios do crescente desenvolvimento da economia no Brasil, estimado em PIB de R\$ 5,52 trilhões para o ano de 2014, vem sendo prejudicados pelos custos sociais, econômicos e em saúde que resultam dos ATT, com efeitos diretos e indiretos sobre os mais de 200 milhões de brasileiros no País.

Diversos são os fatores associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito, podendo-se destacar os seguintes: fatores estruturais (conservação das estradas e das vias urbanas); aumento da frota de veículos, em especial das motocicletas; o uso do álcool associado à direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança, como cintos de segurança dianteiros e traseiros, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, airbags, uso de celular e outros equipamentos.

Para o enfrentamento às lesões e mortes no trânsito destaca-se o Programa Vida no Trânsito, que subsidia gestores estaduais e municipais no fortalecimento de políticas intersetoriais baseadas em evidências, tendo como foco o controle de fatores de risco associados ao consumo abusivo de álcool e à direção e velocidade excessiva. O perfil epidemiológico das lesões e mortes no trânsito aponta para a necessidade de atuação direcionada também para o segmento de motociclistas.

Entre as violências, os homicídios são a primeira causa de morte na faixa etária de 15 a 35 anos, com 64,2% dos acidentes e 70,4% das violências registrado na população masculina. Nos casos de violência 90% foram tentativas de homicídio e, as mulheres responderam por 52,6% das tentativas de suicídio. Inquérito realizado nas 25 capitais, 11 municípios e 105 serviços pesquisados identificou 47.495 atendimentos com predominância da população negra. Para o enfrentamento das violências interpessoais e autoprovocadas, o MS implantou e tem implementado a Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes nos estados, DF e municípios. Esta Rede, assim como o Programa Vida no Trânsito, estão em conformidades com as políticas nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de Promoção da Saúde.

Em 2014, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como reforço a institucionalização da promoção da saúde no SUS e legitimação da análise da situação de saúde como ferramenta de planejamento, indução e sustentabilidade das estratégias de redução dos fatores de risco, de proteção e controle das DCNT no país.

Nesse contexto a Vigilância em Saúde Ambiental e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora somam-se às medidas de prevenção e controle dos fatores de risco com proposta de intervenção nos processos de trabalho, no conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco relacionados a doenças ou a outros agravos à saúde da população brasileira.

Como estratégia para o enfrentamento desse cenário epidemiológico, o MS articula um conjunto de ações interministeriais que transcende o escopo da esfera federal, envolvendo as três esferas de governo consoante com suas respectivas responsabilidades.

Metas

Ampliar para, no mínimo, 70% o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) da vacina Pentavalente (DTP+HB+Hib) em menores de 1 ano.

Garantir a aquisição de 100% dos imunobiológicos de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Aumentar para, no mínimo, 76% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar diagnosticados.

Aumentar para 95% a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

Aumentar para, no mínimo, 90% a proporção de pessoas vivendo com HIV/Aids, em tratamento há pelo menos 6 meses, com carga viral suprimida.

Aumentar para, no mínimo, 80% a proporção de testagem para HIV entre casos novos de tuberculose.

Reduzir para no máximo 100.000, o número de casos autóctones de malária no Brasil.

Assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Reduzir a prevalência de uso do tabaco para 9,6%.

Custear 3.500 pólos do Programa Academia da Saúde.

Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)

Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)

Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)

Reduzir em 50% o número de casos novos de beribéri notificados, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan)

Executar ações de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano em 2.000 municípios.

Ampliar de 26,79 para 26,90 milhões o número domicílios urbanos com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitárias.

Ampliar em 30 mil o número de domicílios rurais abastecidos por rede de distribuição ou poço ou nascente com canalização interna.

Ampliar em 20 mil o número de domicílios rurais servidos por rede coletora ou fossa séptica para os excretas ou esgotos sanitários.

Ampliar em 10 mil o número domicílios rurais, com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitárias.

Executar ações de apoio ao controle da qualidade da água para consumo humano em 3.000 Comunidades Rurais e Tradicionais.

Objetivo 05. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social.

Compete à União, na forma das Leis nº 9.836/99 e nº 10.683/03, assegurar às populações indígenas nacionais o direito à saúde, por meio do exercício da direção superior das políticas públicas nacionais de atenção à saúde e do financiamento das ações desenvolvidas em seu âmbito, implementadas de forma articulada com os demais órgãos e entidades responsáveis pelas políticas indigenistas e de saúde no País.

Em respeito às especificidades da realidade e das culturas indígenas, especialmente no que concerne à forma de organização dos povos indígenas, e aos seus costumes, às suas línguas, crenças e tradições, há o reconhecimento, na Constituição Federal de 88 e em outras leis, da necessidade de adotar políticas públicas diferenciadas que promovam e assegurem os seus direitos e interesses, especialmente na área da saúde.

Por essa razão, a Lei nº 9.836/99 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fundamentado no conceito basilar de que cada povo indígena tem suas próprias concepções, seus valores e suas formas próprias de vivenciar a saúde e a doença e que as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico, vivida por cada povo.

A lei ratifica a obrigatoriedade de o Poder Público considerar, na formulação e implementação de políticas de saúde indígena, a realidade local e as especificidades da sua cultura, especialmente na definição do modelo de atenção à saúde, que deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, que contemple os aspectos de assistência à saúde e suas estruturas físicas, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação indígena e integração institucional.

A gestão e execução das ações de atenção básica à saúde dos povos indígenas, bem como a estruturação física da rede e as ações de saneamento básico nas aldeias, serão desenvolvidas diretamente pelo Ministério da Saúde e por 34 Unidades Gestoras descentralizadas e localizadas nos espaços territoriais, denominadas Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos de acordo com critérios étnicos, sociais, antropológicos, de costumes e culturais dos 305 povos indígenas que vivem em todo o território nacional.

As ações de saúde são articuladas com o SUS e visam assegurar atenção Integral à saúde desses povos, por meio de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), com o apoio de profissionais de diferentes áreas da saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, epidemiologista, sanitaristas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes indígenas de saúde), e as ações de saneamento básico, executadas nas aldeias, e contam com a participação de diferentes profissionais das áreas de engenharia, arquitetura, geologia, biologia e química.

As ações relacionadas com a assistência à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito da atenção primária (saúde bucal, saúde da mulher e da criança, saúde mental, alimentação e nutrição, imunização, endemias, tuberculose, DST/AIDS, Hepatites Virais e assistência farmacêutica), de modo prioritário aos que habitam nas terras indígenas, visam proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, considerando o fortalecimento da medicina tradicional indígena. O cuidado preconizado nas ações de atenção primária tem como foco a família indígena, cujas necessidades de saúde são atendidas mediante ações intersetoriais, com vistas a garantir a integralidade na atenção.

As atividades relacionadas ao saneamento ambiental e à estruturação física das edificações de saúde indígena são implementadas por vários processos de trabalhos, nos quais se destacam: a construção, a reforma/ampliação, o monitoramento e a avaliação de obras e serviços de sistemas de abastecimento de água, de melhorias sanitárias domiciliares e de edificações; o

planejamento e a supervisão de ações de educação em saúde, relacionados ao saneamento; o acompanhamento, o monitoramento e avaliação junto aos DSEI nas atividades de controle da qualidade da água para consumo humano nos sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água das aldeias indígenas; a operação e manutenção das estruturas (sistemas de abastecimento de água, de melhorias sanitárias domiciliares e de edificações) e serviços implantados; o acompanhamento, o monitoramento, a avaliação e o apoio aos DSEI na elaboração e implementação dos Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos para o manejo dos resíduos sólidos e de serviços de saúde das aldeias indígenas.

O conjunto dessas ações (atenção à saúde e saneamento básico) visa melhorar a qualidade da saúde e de vida dos povos indígenas e, quando o indígena necessita de um tratamento especializado ou hospitalar, ele é referenciado para os demais serviços do SUS localizados nas sedes dos municípios onde ele vive.

Destaque-se ainda o papel estratégico que é desempenhado pelos conselhos de saúde indígena, órgãos de controle social fundamentais para fiscalizar e acompanhar a implementação das ações, contribuindo também com sugestões e críticas para a melhoria das ações e dos resultados a serem obtidos.

Metas

Ampliar de 76% em 2014 para 85% as crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário indígena de vacinação

Ampliar de 83% em 2013 para 90% as gestantes indígenas com acesso ao pré-natal

Alcançar 70% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento

Ampliar de 38,6% em 2014 para 60% a cobertura da população indígena com Primeira Consulta Odontológica Programática

Ampliar de 68% em 2014 para 90% as crianças indígenas menores de 5 anos acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional

Reformar e/ou ampliar 26 Casas de Saúde Indígena (CASA)

Reformar e/ou ampliar 250 sistemas de abastecimentos de água em aldeias

Implantar 281 sistemas de abastecimento de água em aldeias com população acima de 50 habitantes

Implantar em 148 aldeias a destinação final adequada dos dejetos

Objetivo 06. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Esta diretriz consiste em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, o MS tem concentrado esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às demais diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária para o acesso aos medicamentos no contexto da garantia da integralidade da atenção.

Uma das principais estratégias para a garantia da assistência farmacêutica consistirá na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio dos programas “Farmácia Popular do Brasil” e “Saúde Não Tem Preço”, com foco em expandir estes programas nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza.

A promoção do acesso com uso racional a medicamentos no âmbito do SUS é realizada por meio dos Componentes: Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, além do Programa Farmácia Popular do Brasil. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica, financiado e executado de forma tripartite, destina-se à aquisição de medicamentos e insumos relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica à saúde. O Componente Estratégico, por sua vez, consolidou-se a partir da garantia do acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos destinados ao tratamento de doenças de perfil endêmico e de caráter estratégico. Já no âmbito do Componente Especializado, é garantido o acesso aos medicamentos indicados ao tratamento de um conjunto significativo de agravos e doenças a partir das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado para complementar o acesso aos medicamentos oferecidos pelos Componentes da AF. Esse Programa se constitui por meio da rede própria de Farmácias Populares e da parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui tem Farmácia Popular". O Ministério da Saúde desenvolve estratégias de uso racional de medicamentos por meio das contribuições do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

Com o objetivo de qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, foi desenvolvido o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), composto por quatro eixos (estrutura, educação, informação, e cuidado) com a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. O Eixo Estrutura visa a contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. O Eixo Educação busca promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das redes de atenção à saúde. O Eixo Informação objetiva produzir e disponibilizar documentos técnicos e informações que possibilitam o monitoramento e a avaliação das ações e serviços, e finalmente, o Eixo Cuidado visa a inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos.

Para o quadriênio deste plano, visando à ampliação do acesso a medicamentos e a qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, o Departamento de Assistência Farmacêutica, visa a garantir a aquisição de 100% dos medicamentos e insumos pactuados, que devem ser adquiridos pelo Ministério da Saúde, a universalização do Qualifar-SUS em 100% dos estados e municípios que aderirem ao programa, a ampliação da abrangência do Programa Farmácia Popular do Brasil nos municípios brasileiros e o apoio a projetos da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos em todos os entes federativos.

Considerando os aspectos legais, o objetivo proposto está em estreita consonância com os eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada por meio da Resolução Nº 338, de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, segundo a qual a assistência farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Em relação ao financiamento dos Componentes da Assistência Farmacêutica, estão vigentes as Portarias GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 e nº 1554, de 31 de julho de 2013 que dispõe, respectivamente, sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O Componente Estratégico se caracteriza pela aquisição centralizada pelo MS dos medicamentos para o tratamento das doenças de caráter endêmico e estratégicas para o SUS. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi implantado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei 10.858 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. Em relação à normatização referente à qualificação da assistência farmacêutica, a Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012, instituiu o QUALIFAR- SUS no âmbito do SUS.

A partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, os medicamentos selecionados e padronizados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS devem constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. O Ministério da Saúde objetivará, nos próximos anos, garantir e ampliar o acesso aos medicamentos padronizados, juntamente com a qualificação da assistência farmacêutica, buscando promover o acesso dos medicamentos à população de forma contínua, com a promoção do seu uso racional.

A operacionalização dessas intenções envolve ações a serem desenvolvidas dando continuidade a intervenções já em andamento.

Metas

Ampliar o "Aqui Tem Farmácia Popular" para pelo menos 83% dos municípios brasileiros que possuam farmácias e drogarias, priorizando os municípios do Plano Brasil Sem Miséria e do Programa Mais Médicos.

Disponibilizar 3,0 UI de Fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 UI de Fator IX per capita (hemofilia B), por ano, para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias.

Disponibilizar 100% dos medicamentos e insumos estratégicos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

Ampliar para pelo menos 65% a aquisição de medicamentos produzidos pela rede de laboratórios públicos destinados ao tratamento de doenças de perfil endêmico selecionadas.

Implantar o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) em 70% dos municípios brasileiros.

Objetivo 07. Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.

O desenvolvimento científico e tecnológico (art. 200, inciso V da CF/88), tem abrangência nacional e se desenvolve em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), dando sustentabilidade à estruturação da Política Nacional de Saúde (PNS). A pesquisa em saúde, componente do PNCTIS, define-se pelo conjunto de conhecimentos, tecnologias e inovações que promove a melhoria do SUS com o aprimoramento das ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação oferecidos à população brasileira.

No processo de consolidação da PNCTIS, a principal premissa é a aproximação entre o Sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o SUS, com o propósito de direcionar os esforços e investimentos para as principais necessidades de saúde da população brasileira, por meio das ações de fomento à pesquisa científica, tecnológica e inovação, qualificando práticas, procedimentos, serviços, ações, programas e políticas setoriais de saúde, contribuindo assim para a sustentabilidade do SUS. Tal competência é estatuída no Decreto n.º 8.065, de 07 de agosto de 2013.

Somam-se às ações de fomento, a realização de avaliações de tecnologias em saúde e a sistematização de evidências para subsidiar a tomada de decisão no sistema de saúde brasileiro, promovendo a utilização do conhecimento e/ou incorporação de produtos nas ações de atenção à saúde, regulação e gestão.

No panorama mundial de pesquisas clínicas, o Brasil vem canalizando investimentos internacionais crescentes, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e para a inovação no setor biomédico nacional. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem fomentado pesquisas clínicas com o intuito de contribuir para o fortalecimento do complexo produtivo nacional da saúde, em articulação com as demandas do SUS. Destaca-se o papel de articulador do Ministério da Saúde com instituições nacionais e internacionais, contribuindo para a captação de investimentos e o aumento dos recursos para o financiamento das pesquisas definidas como prioritárias para o SUS.

Outra iniciativa de destaque coordenada pelo Ministério da Saúde é o 'Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS)', que envolve parcerias no âmbito federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. O PPSUS é um programa de descentralização dos recursos voltados para a pesquisa científica e tecnológica que privilegia as prioridades locais e contribui para a redução das desigualdades regionais neste campo.

Outra frente de atuação em pesquisa é o processo decisório de incorporação tecnológica, que é feito por meio de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Esse processo busca a promoção e a proteção da saúde da população brasileira. A ATS se utiliza de evidências científicas (segurança, eficácia, efetividade, eficiência), avaliação de impactos econômicos, análise das questões éticas, sociais e logísticas para subsidiar o processo de avaliação e incorporação de tecnologias. Vincular a decisão à ATS é necessário para que se tenha conhecimento sobre o balanço de benefícios e riscos das novas tecnologias, assim como seu impacto na sustentabilidade do SUS. O processo de incorporação de tecnologias foi aprimorado e fortalecido a partir da publicação da lei 12.401/2011 que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), que tem como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

O desenvolvimento econômico, no setor de saúde, contribui para a produção de insumos e incorporação de novas tecnologias em saúde e na sua melhoria do desempenho da rede assistencial. A implementação de políticas públicas de saúde que integram ações de Ciência, Tecnologia e Inovação no seu campo de atuação são fundamentais à consolidação do SUS e à ampliação das condições de saúde da população. Contudo, o descompasso entre a assistência e a base produtiva e de inovação em saúde expressam a vulnerabilidade do SUS, tornando o país

dependente em setores estratégicos tanto do ponto de vista tecnológico, quanto das necessidades de saúde, o que impacta na garantia de acesso da população a produtos e serviços. Tal situação contribuiu para o agravamento da dependência da oferta internacional de produtos consumidos no setor de saúde, refletindo na presença de saldos negativos na balança comercial.

O déficit de 2006 do setor de saúde foi de quase US\$ 4 bilhões e em 2014 esse déficit chegou a US\$ 11,5 bilhões, demonstrando a importância do fomento da produção local para a redução da dependência externa. Apesar do déficit recorrente da balança comercial do setor de saúde, observa-se um decréscimo na taxa de crescimento desse déficit ano a ano.

Diante desse cenário, o MS definiu como estratégia o fortalecimento do Complexo Produtivo da Saúde que apresenta uma visão integrada de desenvolvimento econômico e social, sendo configurado como um conjunto de atividades econômicas, públicas e privadas, que requer a formulação de políticas específicas para que o Estado possa cumprir seu dever de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Nessa perspectiva, o MS vem adotando, de forma sistemática, o uso do poder de compra governamental como estratégia para estimular a produção nacional de produtos estratégicos para o SUS e promover o desenvolvimento científico e tecnológico do país mediante o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) e o acordo de compensação tecnológica.

De modo a promover o desenvolvimento, a inovação e o aumento da competitividade da produção nacional, o MS atua também em parceria com as agências governamentais de financiamento e fomento (BNDES, FINEP e CNPq) bem como com os centros de inovação e de qualificação de tecnologias estratégicas para o SUS.

Com o objetivo de fortalecer a estratégia nacional de promoção do desenvolvimento e inovação no campo da saúde, por meio de investimento nos produtores públicos e na infraestrutura pública de produção e inovação em saúde, o MS lançou no ano de 2012 o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS). O Programa visa fortalecer o complexo produtivo da saúde, dando maior autonomia ao País em relação à produção de tecnologias estratégicas ao SUS. No período de 2012 a 2014, os produtores receberam cerca de R\$ 436 milhões e as instituições científicas e tecnológicas (ICT) receberam em torno de R\$ 156 milhões.

Em conclusão, a partir de 2016, estão previstas atividades com vistas a ampliar e qualificar a participação social nas consultas públicas da CONITEC; dar visibilidade ao processo de gestão e incorporação de tecnologias no SUS; aperfeiçoar os procedimentos para elaboração e revisão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e subsidiar tecnicamente os operadores do direito e os gestores de saúde em relação a demandas judiciais sobre tecnologias em saúde; implementar o Sistema web para apresentação de propostas de projeto de PDP; dar visibilidade e fortalecer o monitoramento dos projetos de PDP e do PROCIS; estabelecer o marco normativo das PDP de pesquisa, desenvolvimento e inovação.

Metas

Ampliar de 1 para 9 o número de internalizações de tecnologias no SUS, produzidas por meio de parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP).

Implementar o Acordo de Compensação Tecnológica (ACT), incluindo a construção de fábrica de aceleradores lineares, no âmbito do Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desenvolver e/ou absorver através de Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) 8 novos medicamentos.

Ampliar de 13 para pelo menos 18 o número de parques produtivos apoiados por meio do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS).

Fomentar pesquisas científicas, tecnológicas e a inovação voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e para o aprimoramento dos mecanismos e ferramentas de gestão, regulação e

atenção à saúde no âmbito do SUS.

Iniciar pelo menos 4 projetos de parcerias de pesquisa, desenvolvimento e inovação (P,D&I), no âmbito das novas parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP).

Realizar 465 pesquisas na área de meio ambiente e medicina tropical.

Elaborar e/ou revisar 50 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) para a produção do cuidado em saúde.

Disponibilizar 220 mil litros anuais de plasma para uso industrial e produção de medicamentos hemoderivados pela Hemobrás.

Executar 75% do processo de transferência de tecnologia dos hemoderivados, visando a produção pela Hemobrás.

Objetivo 08. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

A necessidade de respostas às exigências sociais e políticas geradas pela expansão do mercado de consumo e a diversificação dos produtos e serviços ofertados tornam as práticas de Vigilância Sanitária relevantes para a eliminação de riscos e a proteção da saúde. No elenco desses produtos e serviços, estão os medicamentos, alimentos, saneantes domissanitários, cosméticos e estabelecimentos de saúde, entre outros. Ou seja, a regulação no campo da Vigilância Sanitária não é exercida em um setor específico da economia, mas em todos os setores relacionados a produtos, serviços e ambientes que podem afetar a saúde da população.

A Vigilância Sanitária desempenha, assim, uma função de mediação entre produtores e consumidores, tendo em vista que o uso dos produtos, bens e serviços por ela regulados pode causar graves efeitos à saúde da população. Nesse contexto, é necessário conhecer ampla e previamente a realidade social e sanitária nas quais esses produtos e serviços se inserem.

A chamada globalização da economia incorporou nova complexidade ao setor, com a internacionalização de riscos e sua amplificação, tanto em quantidade como em diversidade. Produtos, tecnologias, viajantes e hábitos cruzam todas as fronteiras com velocidade e magnitude cada vez maiores. O ambiente de desigualdade econômica entre países e entre grupos populacionais dentro de nosso país compromete as possibilidades de defesa contra os riscos ambientais, laborais, de consumo (ou da carência dele) e das tecnologias.

Outro problema é a incorporação automática de equipamentos, sem base em evidências científicas, sem avaliação de custos ou efetividade para o contexto brasileiro, em detrimento da relação profissional de saúde e usuário. Alie-se a isso a questão da medicalização, que representa a interpretação de problemas sociais como questões médicas e o uso de medicamentos como a resposta universal que os serviços dão a qualquer tipo de demanda. É oportuno intensificar as iniciativas que visam ao uso racional de medicamentos e a adoção de protocolos de conduta e rotinas padronizadas que apostam na utilização de bases científicas.

Reduzir os riscos e agravos à saúde da população brasileira requer esforços não apenas do setor saúde, mas a execução de um conjunto de ações interministeriais que transcende o escopo da esfera federal, envolvendo as três esferas de governo consoante as suas respectivas responsabilidades.

Para aperfeiçoar a ação estatal frente a esse cenário, serão desenvolvidos sucessivos movimentos de revisão da atuação regulatória em produtos, serviços e ambientes para aprimorar os efeitos sobre a prevenção e controle dos riscos à saúde. São dois os eixos norteadores dessas ações: (i) coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária, que envolve as todas as esferas de governo e (ii) regulação, que compreende modo de intervenção do Estado para impedir possíveis danos ou riscos à saúde da população por meio de regulamentação, controle sanitário e monitoramento das relações de produção e consumo de bens e serviços relacionados à saúde.

Tanto para coordenar apropriadamente a atuação das Vigilâncias Sanitárias locais, como para regular diretamente o setor produtivo da saúde, é necessário dispor de um ambiente regulatório seguro que abarque as estratégias prioritárias para a segurança da população, sem perder de vista a necessidade de estimular o desenvolvimento econômico e social do País segundo princípios, valores e interesses legítimos da sociedade.

Premissas para a qualidade do processo regulatório, a transparência, a previsibilidade, a governança regulatória e a garantia da participação social são atributos capazes de ampliar a credibilidade da sociedade na política regulatória e construir um ambiente de estabilidade e segurança que favoreçam o desenvolvimento industrial e tecnológico do País.

Metas

Alcançar o patamar de 86,5% para as notificações de reações transfusionais concluídas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Reduzir o prazo médio da primeira manifestação para o registro de medicamentos genéricos inéditos para

até 60 dias.

Aumentar para 60% a proporção dos atos normativos publicados pela Anvisa resultantes de sua Agenda Regulatória.

Implementar em 10 Vigilâncias Sanitárias, estaduais e municipais, os procedimentos harmonizados em nível tripartite, visando o atendimento aos padrões internacionais de referência.

Reavaliar 11 ingredientes ativos de produtos agrotóxicos já registrados, considerando novos indícios de risco à saúde humana.

Objetivo 09. Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.

O setor de saúde suplementar caracteriza-se por apresentar uma significativa taxa de cobertura da população (26%), com 50,8 milhões de vínculos de beneficiários no segmento médico assistencial e 21,4 milhões de vínculos no segmento odontológico. A taxa de cobertura dos planos de saúde apresenta forte variação pela heterogênea disposição regional econômica e geopolítica. Há pouco mais de 1.200 operadoras de planos de saúde com registro ativo e com beneficiários, tanto do segmento médico-hospitalar quanto do segmento odontológico. Os planos coletivos representam cerca de 80% dos vínculos de beneficiários. A maioria dos vínculos está nas modalidades de cooperativa médica e medicina de grupo, bem como nos planos coletivos empresariais.

Atualmente, a grande maioria dos planos é posterior à implantação do marco regulatório. O seu perfil demográfico apresenta maior proporção de idosos do que a população geral.

A taxa de crescimento do setor é maior para os planos exclusivamente odontológicos e também para os planos coletivos.

As receitas e despesas assistenciais têm crescido nos últimos anos, de tal forma que a sinistralidade alcançou 84,9% em 2014 para o segmento médico-assistencial.

O gasto privado representa 54% do gasto em saúde (9,3% do PIB). Ao mesmo tempo, mais de 60% dos leitos, equipamentos e hospitais gerais são privados.

A oferta no setor saúde é duplicada entre o setor público e o privado. Recentemente tem sido estudada a oferta entre os setores de acordo com informações relativas ao ressarcimento ao SUS.

A análise feita em 2014, que compreendeu as notificações realizadas entre 2008 e 2012, mostrou o perfil dos usuários e procedimentos realizados. Os atendimentos de urgência e emergência predominaram, representando 68,46% do total. Entre os procedimentos mais procurados, partos (normal e cesárea) ocuparam o primeiro lugar, seguido de tratamento para pneumonia ou gripe e diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica. As mulheres e a faixa etária entre 25 e 34 anos compreendem a maior parte dos beneficiários atendidos. A maioria das notificações ocorreu em entidades beneficentes sem fins lucrativos.

A partir dessas informações, foi possível conhecer melhor a realidade da população e intervir no sistema regulatório para que as operadoras de planos de saúde atendam com eficiência a todos os seus beneficiários, visando melhorar a assistência à saúde prestada pela Saúde Suplementar. É necessário aprimorar as interfaces de regulação dos serviços e proceder à análise regionalizada da prestação de serviços de saúde.

Com relação à integração com o SUS, estão sendo desenvolvidos projetos que envolvem a informação em saúde, como o Registro Eletrônico, o Cartão Nacional de Saúde e a troca de informações no setor, que possibilite também um estímulo ao consumo consciente, por parte dos prestadores e beneficiários, além de melhores resultados assistenciais. É necessário promover a facilitação do acesso à informação em saúde aos beneficiários do setor.

Há muito que se realizar para garantir a qualidade do produto contratado (plano de saúde) e regular o mercado, de forma a incentivar novos modelos assistenciais e de remuneração, que possam aprimorar a eficiência e qualidade no cuidado à saúde

Há questões que estão na raiz dos problemas e merecem soluções integradas e intersetoriais, tais como o modelo assistencial vigente, a cadeia produtiva de saúde (importação de equipamentos e insumos), a falta de integração entre oferta pública e privada no setor saúde, a tributação, a concorrência no setor, a cultura muito aquém do consumo consciente, o envelhecimento populacional, a incorporação de tecnologias, os custos crescentes e a inflação médica acima da inflação geral.

A articulação com o Poder Judiciário e os Órgãos de Defesa do Consumidor é essencial para proteção do consumidor, continuidade da assistência à saúde, bem como para a redução da judicialização. Há previsão de aperfeiçoamentos na comunicação entre beneficiários e operadoras e a consolidação de procedimentos fiscalizatórios inovadores.

A qualidade dos prestadores também é outro ponto muito relevante, que precisa ser intensificado e integrado à acreditação de operadoras e prestadores: a cultura de avaliação e de melhor desempenho, por parte dos prestadores, é essencial para a qualidade da atenção à saúde e a concorrência saudável entre os prestadores.

Com relação ao modelo de remuneração dos prestadores, é importante que seja estimulado novo modelo, com base no desempenho e não pela produção, pelos materiais, medicamentos e novas tecnologias. É importante também que as empresas contratantes dos planos coletivos modifiquem sua forma de atuar, passando de um modelo de repasse de custos, para um novo modelo, que gerencie seus custos, racionalizando-os e sendo gestoras de saúde, oferecendo resultados de qualidade na atenção à saúde.

Metas

Disponibilizar para 100% dos beneficiários com o Cartão Nacional de Saúde o Registro Individualizado de Saúde.

Alcançar o patamar de 70% no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar.

Estimular a adesão ao Plano Nascer Saudável e a novos modelos assistenciais, visando a redução anual de parto cesariano nos serviços ofertados pela saúde suplementar.

Objetivo 10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

Este objetivo se propõe a equacionar um dos grandes desafios inerente a disponibilização de recursos empregados no SUS: a qualificação, a atualização e a gestão dos recursos humanos.

Uma das fragilidades comum às três esferas de gestão do SUS é a oferta, em bases sólidas, de educação profissional técnica de nível médio articulada aos serviços de saúde. No conjunto dos trabalhadores do setor saúde, aproximadamente 60% possuem nível de escolaridade fundamental e médio e, destes, uma parcela expressiva não dispõe de certificação profissional, embora atue diretamente com os usuários. Os programas, projetos e ações de educação profissional técnica de nível fundamental e médio para a área da saúde vêm sendo executados pelas escolas técnicas do SUS, distribuídas em todos estados, com as mais diversas configurações administrativas (vinculadas às SES, SMS, entre outras). Para dar unidade e garantir os princípios do SUS, essas escolas estão conformadas em rede (Rede de Escolas Técnicas do SUS).

Em relação aos profissionais de saúde de nível superior, as dificuldades referem-se à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. Assinale-se, de outra parte, que a sólida aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde resulta em estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais, construídas à luz dos princípios e diretrizes do SUS. São claras as competências de cada Ministério, e é fundamental que toda ação setorial seja pautada pela observância a esta delimitação. As políticas de aperfeiçoamento do trabalho e da educação na saúde têm sido desenvolvidas e requerem ampliação para redirecionar a formação dos profissionais e qualificar os que já atuam nos serviços de saúde.

Em decorrência da precarização, grande contingente de profissionais do setor público de saúde encontra-se envolvido em modalidades contratuais diferentes dos preceitos definidos no art. 6º da Constituição Federal/1988, que garante o trabalho como um direito social e que colocam em franca situação de desconforto e insegurança trabalhista e social aqueles que prestam assistência à população. Esse processo requer intervenção por meio da pactuação com os estados e municípios de ações capazes de garantir direitos e melhores condições de trabalho, além de democratizar as relações de trabalho, uma das estratégias é o fomento à implantação de mesas de negociação e dos protocolos negociados na MNNP/SUS. Entre os problemas que devem ser minimizados, estão a ausência de uma política de valorização do trabalhador, a adequação de planos de carreira, cargos e salários à realidade do SUS e a necessidade de definição de uma política de financiamento tripartite.

O sistema de gerenciamento de pessoal no SUS apresenta pontos de estrangulamentos importantes: alta rotatividade, distribuição inadequada de profissionais, carência de trabalhadores em locais de difícil acesso, insuficiência de oportunidades de capacitação e desenvolvimento funcional para trabalhadores, multiplicidade de formas de contratação, contratos de trabalho irregulares, ausência de política remuneratória adequada e de mecanismos de avaliação do trabalho realizado, assim como de ascensão profissional.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, ao longo dos últimos doze anos, celebrou acordo de protocolos, que estabelecem diretrizes para a Política de desprecarização, planos de cargos, carreiras e salários, entre outras.

Outro ponto a ser equacionado refere-se à regulação das profissões, problema que poucos países conseguiram solucionar. Considerando que a saúde é um bem público, cabe ao Estado fortalecer seu papel na regulação do trabalho em saúde, um dos pilares para a efetiva implementação do SUS. A partir de 2003, a câmara de regulação do trabalho em saúde (CRTS), que reúne representantes de gestores, integrantes do fórum nacional dos conselhos federais da área de saúde e de entidades científicas das profissões. A CRTS tem dado importante contribuição ao debate da criação de novas profissões e na definição das atribuições e competências profissionais. O grande e permanente desafio enfrentado pela câmara tem sido aliar a defesa dos

interesses das categorias profissionais às necessidades de saúde da população e do SUS e, ao mesmo tempo, dialogar com o poder legislativo sobre a regulamentação de novas profissões. A estratégia de atuação da Câmara, neste momento, é pautar o debate sobre critérios para exercício profissional e a definição de profissão de saúde, além de auxiliar na definição de políticas para a fixação de profissionais de saúde.

No tocante à expectativa de evolução de problemas e demandas, ressalte-se a necessidade de reorientação no ensino em saúde voltado para a necessidade do sistema. Da mesma forma, é necessário que se estabeleçam novas relações de trabalho, com a garantia de trabalho decente, de acordo com os preceitos da OIT e capacitação dos gestores e gerentes do sistema para melhorar sua eficiência.

Para o período de 2016-2019 com finalidade de contribuir para a consecução do presente objetivo serão adotadas as estratégias listadas abaixo, visando a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde:

- Reorientação da formação profissional na graduação em saúde de acordo com as necessidades do SUS e diretrizes curriculares nacionais;
 - Ampliação das residências em saúde em especialidades estratégicas do SUS, buscando superar as desigualdades regionais;
 - Ampliação da formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS, por meio do fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo das Escolas Técnicas do SUS;
- Ampliação dos mecanismos de institucionalização que viabilizem a maior integração entre instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade;
- Aprimoramento dos mecanismos de identificação e tratamento das demandas de qualificação dos trabalhadores do SUS e das necessidades de modificação dos processos de trabalho, em todas as instâncias do SUS;
 - Fomento à ampliação do acesso dos trabalhadores da saúde à qualificação em serviço;
- Fomento à instituição de mecanismos de negociação entre gestores e trabalhadores da saúde em âmbitos local e regional;
- Consolidação do Sistema Nacional de Negociação permanente do SUS, por meio de mesas de negociação permanente;
- Criação de mecanismos para alocação de profissionais de saúde em áreas/regiões com dificuldade de provimento;
- Articulação com legislativo federal, trabalhadores e gestores do SUS para regulação do trabalho em saúde;
- Incentivo à adoção das diretrizes nacionais do PCCS-SUS como forma de inserção, alocação e desenvolvimento profissional;
- Construção e manutenção de um Sistema Nacional de Informação e Gestão do conhecimento integrado de educação e trabalho na Saúde para melhorar a capacidade de decisão, avaliação, monitoramento e transparência;
- Fomento à criação e fortalecimento das estruturas institucionais da gestão da educação e do trabalho na saúde, nos municípios e estados para a implementação da política em nível local.

Metas

Alcançar 38.500 bolsistas beneficiados pelo Pró-Residência.

Qualificar 380.000 profissionais de saúde e gestores em processos de educação, com foco na atenção básica, nas redes e programas prioritários.

Realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas, incluindo a distribuição de 100 kits para parteiras tradicionais e realizar 2 seminários envolvendo comunidades

quilombolas, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.

Promover a realização de experiências na realidade do SUS (VER-SUS) para 10 mil jovens a fim de que conheçam e reflitam sobre experiências concretas de implementação do SUS com o objetivo de atuarem para a mudança da formação, atenção, gestão e participação no e para o SUS nos locais em que vivem, se cuidam, estudam e trabalham.

Envolver 5 mil jovens em ações do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde) a fim de que estudem, pratiquem e pesquisem ações de qualificação da educação em saúde, dos serviços de saúde e atuem em processo de transformação da graduação em saúde orientados pelas Diretrizes Curriculares e às necessidades da população brasileira e do SUS.

Garantir a formação técnica e processos de qualificação para que pelo menos 20 mil jovens possam se tornar e se qualificar como profissionais de saúde.

Objetivo 11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Com finalidade de fortalecer o controle social e a gestão participativa, este objetivo visa estimular a garantia da participação popular no processo de formulação, controle e avaliação das políticas de saúde, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade, por meio do acesso universal e equitativo. Nessa ótica, propiciará a construção do processo político outorgado pela Constituição Federal de 1988, com a conquista do direito à saúde como prerrogativa de cidadania.

Apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos no controle social e na gestão participativa do SUS, o acesso, com equidade, às ações e aos serviços de saúde pelas populações vulneráveis ainda é um enorme desafio; os canais de interação com a sociedade necessitam ser aperfeiçoados; e os mecanismos de transparência, controle e avaliação do SUS necessitam avançar.

Nesse sentido, é necessário aperfeiçoar as ações voltadas aos determinantes sociais da situação de saúde das populações vulneráveis, para garantia do acesso com equidade, por estarem ligados ao nível socioeconômico, às relações sociais, culturais, ao gênero, à raça, à etnia e à orientação sexual.

Sua implementação dar-se-á por meio do fortalecimento das instâncias do controle social; de ações voltadas à implementação das Políticas de Promoção da Equidade em saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e com os demais espaços e atores do controle social; do apoio à criação de Comitês de Políticas de Promoção de Equidade nas Gestões Estaduais e/ou Municipais de Saúde; da promoção de conferências de saúde visando à mobilização da sociedade para a gestão participativa no SUS e ampliando as práticas de gestão participativa e do controle social; da promoção de práticas de educação permanente para saúde na rede de serviços, junto aos trabalhadores, gestores e usuários do SUS; do desenvolvimento de ações de educação em saúde e de práticas de educação popular em saúde.

O fortalecimento dos canais de interação com os usuários do SUS ocorrerá mediante apoio à criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde; da implementação de políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS; da promoção de ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes; da disseminação de informações aos cidadãos sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito; da realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento, no campo da ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS.

A transparência ocorre por meio das ações permanentes de controle interno (auditoria, fiscalização e visitas técnicas), de forma preventiva e reparatória, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos procedimentos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados.

Para a concretização das intenções contidas neste objetivo estão previstas algumas iniciativas a partir de 2016, que entre outras se destacam:

- Promover a capacitação de lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS.
- Fortalecer instâncias de controle social em especial os conselhos de saúde.
- Apoiar a implementação e fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais, em especial para as populações do campo, floresta e águas; população negra e quilombola; LGBT; e população em situação de rua.

Ampliar o número de ouvidorias do SUS por meio do apoio e fortalecimento das ouvidorias descentralizadas do SUS no âmbito dos entes federados e ações de ouvidoria, como Carta SUS e Ouvidoria Itinerante.

Metas

Capacitar 80.000 lideranças dos movimentos sociais de promoção de políticas de equidade, conselheiros de saúde, integrantes dos comitês de promoção de equidade, jovens, mulheres, gestores e trabalhadores da saúde em gestão participativa e controle social no SUS.

Ampliar em 20% o número de ouvidorias do SUS.

Implantar 20 comitês de políticas de promoção de equidade em saúde para populações em situação de vulnerabilidade social.

Objetivo 12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.

A conformação jurídica do SUS define que as ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelos entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada, hierarquizada, e participativa, dadas a dimensão territorial e complexidades para promover a equidade, integralidade e universalidade. Essa definição constitucional impõe ao SUS modelo diferenciado de gestão. Isso requer da administração pública a adoção de mecanismos que permitam aos entes autônomos se organizarem de modo a executar uma gestão regionalizada e compartilhada.

Não obstante, é condição necessária para a eficiência do SUS, de seus processos e instrumentos, a geração e a disponibilização de informações estratégicas, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão – política e técnica -, a partir da identificação de problemas visando à correção de rumos.

Assim, esse objetivo envolverá igualmente a implementação da política de informação e informática em saúde para a tomada de decisão nas três esferas de gestão do SUS, de modo a contribuir para a qualificação da gestão federativa e a resolubilidade das ações e serviços de saúde.

Também é necessário para se alcançar um maior grau na relação interfederativa, e operacionalizar as transferências entre os entes, a LC 141/2012 endossa o apoio do Gestor Federal aos entes federados para que todos tenham Fundos de Saúde instituídos, em contas específicas, e Conselhos de Saúde legalmente constituídos e em funcionamento, com seus respectivos Planos de Saúde aprovados e integrados entre as três esferas no SUS.

Nessa perspectiva, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) se apresenta, à luz do Decreto 7.508/11, como um importante instrumento para organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, que se traduz em um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no qual define as responsabilidades e os recursos financeiros de cada signatário, de forma a garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

A implementação ocorrerá mediante: a revisão do COAP; a pactuação de novos critérios de rateio entre os entes federados a partir das responsabilidades sanitárias; a tipificação de 100% das regiões assistenciais, observando a capacidade de garantir a atenção integral à saúde; a elaboração e pactuação, de forma tripartite, dos planos de investimento para 100% das regiões de saúde, de forma a garantir a atenção integral e orientar a aplicação dos recursos oriundos das emendas impositivas; a qualificação do apoio institucional à implantação do COAP; e a constituição de um processo de apoio aos estados, com base em uma agenda de cooperação técnica alinhada às demandas prioritárias para o fortalecimento da gestão do SUS, construída com gestores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Metas

Apoiar os Estados, Municípios e Distrito Federal para que 100% dos Fundos de Saúde sejam instituídos por Lei e estejam em funcionamento.

Implantar o e-Saúde no Brasil, com destaque para o Registro Eletrônico em Saúde (RES) e para os Centros de Inteligência para suporte às decisões dos gestores públicos e decisões clínicas dos profissionais de saúde.

Implantar o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde em 60% das regiões de saúde.

Implantar pelo menos 1 Núcleo de Economia, Informação, Monitoramento e Avaliação da Saúde em cada região do País.

Reduzir, anualmente, o prazo médio dos processos de aquisição de Insumos Estratégicos para Saúde (IES).

Apoiar os entes da Federação para que 100% tenham Planos de Saúde.

Apoiar os entes da federação para que 100% tenham Conselhos de Saúde legalmente instituídos e em funcionamento.

Objetivo 13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Desde a EC 29/2000, a União deve aplicar, no mínimo, o montante aplicado no exercício anterior, acrescido da variação nominal do PIB, em ações e serviços públicos de saúde. A LC 141/2012 regulamentou a EC 29, definindo o rol de ações e serviços públicos de saúde. A modificação da condição de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) para a vinculação à estrutura tributária própria, como responsabilidade da União no financiamento do SUS, ocorreu por meio da EC 86, aprovada em 17/03/2015, que vinculou os recursos para a saúde à Receita Corrente Líquida (RCL). Nessa nova ordem, a mudança se dá no momento em que há incertezas em relação ao comportamento das RCL.

O mesmo dispositivo constitucional estabelece a obrigatoriedade de execução financeira de emendas parlamentares individuais dentro do piso gerado pela vinculação à RCL. Esse contexto legal induz o Ministério da Saúde, por meio deste Objetivo, a aprimorar sua capacidade de gestão, de forma a criar sinergia entre a programação prioritária e as proposições apresentadas ao Orçamento Geral da União, por meio de emendas parlamentares individuais, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da possibilidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras.

Com relação ao rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde, a LC 141 estabelece que, além dos critérios fixados no parágrafo anterior, devam ser observadas as necessidades de saúde da população, levando em consideração as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica e espacial, além da capacidade de oferta, em consonância com o propósito de redução das desigualdades regionais, intenção estabelecida no Inciso II, Parágrafo 30 do Art. 198 da Constituição Federal.

Nesse âmbito, o desafio a ser enfrentado pelo gestor federal será o aperfeiçoamento e a manutenção da forma de aferição do cumprimento da EC 29 pelos entes federados e, por extensão, das determinações da EC 86/2015.

Ademais, em um cenário que exige otimização do gasto público em saúde, busca-se também, neste objetivo, a intensificação do ressarcimento dos procedimentos realizados pelo SUS em portadores de planos privados de saúde, como também a otimização dos procedimentos de aquisição centralizada de insumos pelo MS, combinando os objetivos de abastecimento de insumos, internalização de tecnologia pelo SUS e maior economicidade nas aquisições por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo.

Metas

Pactuar novos critérios de rateio entre os entes federados a partir das responsabilidades sanitárias.

Aumentar, anualmente, o ressarcimento dos planos de saúde ao SUS em decorrência das internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais especializados.

Aprimorar o processo de execução das emendas individuais, com ênfase na pactuação de critérios para projetos prioritários, na eficiência dos investimentos e na sustentabilidade do SUS.

Instituir novas modalidades de repasse de recursos, induzindo linhas de cuidado integral para acesso às especialidades.

Reduzir, anualmente, o preço médio das aquisições contratuais baseadas em Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP).

4. Gestão do Plano

O processo de planejamento tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria nº. 2.135, de 25/09/2013. Esta Portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento, indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG).

Em função da determinação normativa de configurar-se em um instrumento base para a execução, o acompanhamento e a avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), o PNS afirma a sua condição de referencial para os demais instrumentos de planejamento, incluindo aqueles de monitoramento e avaliação, e estabelece a sua prerrogativa de dinamizador do processo de gestão do SUS, em um período quadrienal.

Nesse contexto, após a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a gestão do PNS deve obedecer à dinâmica da administração federal e do processo de planejamento do SUS, tendo em atenção os prazos estabelecidos e os subsídios gerados pelos demais instrumentos de gestão e de controle.

A periodicidade orientadora da gestão do PNS indica a necessidade de monitoramento no decorrer de cada exercício, além de avaliações anuais, de forma a assegurar transparência e visibilidade, acompanhar a dinâmica de implementação e propiciar a possibilidade de revisões periódicas.

Levando em consideração as determinações normativas, a conexão com a Programação Anual de Saúde (PAS) - instrumento essencial para a operacionalização das intenções expressas no PNS a cada ano da sua vigência - é elemento fundamental para promover a eficiência da gestão. A PAS tem como principais funções explicitar a anualização das metas propostas e a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício. Dessa forma, tornará possível a racionalização da gestão e a geração de informações mais imediatas sobre o desenvolvimento do Plano.

Com relação ao monitoramento e acompanhamento da execução do PNS, o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) informará ao controle social e ao Poder Legislativo o desenrolar da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PNS.

Como forma de avaliação anual do desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o PNS conta com o Relatório de Gestão (RAG). Por determinação da Lei nº. 141/12, o Poder Público de todas as esferas deverá submeter o RAG à deliberação dos Conselhos de Saúde. Dessa forma, explicitará os resultados anuais alcançados com a execução da PAS, gerando subsídios para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por outro lado, o PNS apresenta em anexo um rol de indicadores que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial.

Merece destaque também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) e o PNS com o monitoramento estratégico do MS; essa relação, aprimorada nos últimos quatro anos durante o período de vigência do PNS 2012-2015, permitiu ao MS identificar as potências e fragilidades em sua atuação, o que tem aperfeiçoado o processo de planejamento e, conseqüentemente, a interface com o controle social. As observações originadas desse

processo possibilita uma análise mais consistente de metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão (RAG), originando também ganho de resultados nas apreciações do CNS.

A operacionalização dessas iniciativas, de forma coordenada e intercalada, possibilitará a integração do processo de planejamento do MS com o PNS, proporcionando ganhos de qualidade à coordenação nacional do SUS e aos resultados alcançados pelas três esferas de governo na execução da política nacional de saúde.

Anexo – Indicadores

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal	%	29,00	31/12/2014	SIA e SINASC	Anual	Nacional	Numerador: número de procedimentos registrados de Triagem Auditiva Neonatal em nascidos vivos subtraindo 6% desse total. Denominador: número de nascidos vivos subtraindo 25% dessa população. (x 100).
Cobertura de Equipe de Saúde Bucal	%	40,13	22/07/2015	Número de equipes: SCNES; População: estimativa realizada pelo IBGE.	Anual	Nacional	Número de equipes de saúde bucal (SCNES) x 3.450 / população (IBGE)
Cobertura de Equipe de Saúde da Família	%	61,44	22/07/2015	Número de equipes: SCNES; População: estimativa realizada pelo IBGE.	Anual	Nacional	Número de equipes de saúde da família (SCNES) x 3.450 / população (IBGE)
Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular	unidade	4.282,00	31/10/2014	SAGE/MS	Anual	Nacional	Número de municípios que tenham farmácias que aderiram ao Programa Farmácia Popular - Aqui tem farmácia popular, no ano considerado.
Cobertura de serviços de reabilitação	razão	1,25	03/08/2015	CNES e IBGE	Anual	Nacional	Numerador: número de serviços de reabilitação habilitados pelo MS (Resultado da soma dos Centros Especializados em Reabilitação - CER - e das Oficinas Ortopédicas). Denominador: Total de Pessoas com deficiência SUS dependente (75% do total de pessoas com deficiência visual, auditiva e motora na categoria "não conseguem de modo algum" com base na população estimada do IBGE) X 10 mil
Cobertura do Programa Saúde na Escola	%	51,70	31/12/2013	DAB/SAS/MS; Censo Escolar/MEC; e Portal do Gestor/DAB	Anual	Nacional	Número de escolas cobertas com iniciativas do programa Saúde na Escola dividido pelo número total de escolas públicas, multiplicado por 100.
Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel	%	75,00	01/06/2015	Banco de Dados Nacional da CGUE	Anual	Nacional	Numero total de pessoas residente nos Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
de Urgência - SAMU 192							em determinado período e local / pela população total da região de saúde e período multiplicado por 100.
Cobertura vacinal contra gripe	%	86,02	04/12/2014	SI-PNI	Anual	Nacional	Número de maiores de 60 anos de idade vacinados contra gripe por (dividido) número de maiores de 60 anos de idade, multiplicado por 100.
Coefficiente de prevalência de hanseníase	1/10.000	1,30	31/12/2013	Sinan/SVS/MS	Anual	Nacional	Número de casos de hanseníase em residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação dividido pela população total residente no período determinado, multiplicado por 10 mil.
Esperança de vida ao nascer	ano	75,14	31/12/2014 (Apurado em 03/2016)	IBGE - projeções populacionais para o Brasil e grandes regiões (1991-2020) (IDB/RIPSA)	Trienal	Nacional	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (I0) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T0) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T0 por I0.
Incidência de Sífilis Congênita	unidade	13.705,00	31/12/2013	Sinan/SVS/MS	Anual	Nacional	Somatório anual do número de casos confirmados de sífilis congênita em residentes.
Índice de Municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano	%	63,00	31/12/2013	Sisagua/SVS	Anual	Nacional	Número de municípios que apresentam, simultaneamente, dados de cadastros, controle e vigilância da qualidade da água dividido pelo número de municípios brasileiros, multiplicado por 100.
Índice de transplantes de órgãos sólidos	1/1.000.000	37,95	31/12/2014	As coordenações estaduais de transplantes (CET) coletam os dados e repassam para CGSNT por um formulário eletrônico (FORMSUS).	Anual	Nacional	O índice utilizado representa a relação entre o número total de transplantes de órgãos sólidos realizados no ano (coração, fígado, rins, pâncreas e pulmão), dividido pela população nacional estimada pelo IBGE, multiplicado por 1.000.000.
Letalidade por dengue	%	0,07	31/12/2014	Sinan	Anual	Nacional	Número de casos de dengue com evolução óbito por dengue dividido pelo Nº de casos

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
							prováveis de dengue X 100
Percentual dos municípios infestados pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares.	%	43,3 %	31/12/2015	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIMPR) - Serão utilizados dados do SIMPR até junho de 2016. Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCND). Sistema próprio do estado ou município	Anual	Nacional	1º passo – Cálculo da cobertura por ciclo Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle de doenças transmitidas pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados. 3º passo - Cálculo do percentual dos municípios que tiveram 4 ou mais ciclos com 80% de cobertura de visita domiciliar.
Número de Unidades da Federação com pelo menos 85% de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF investigados	unidade	16,00	31/12/2013	Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM Painel SISFACTO)	Anual	Nacional	Número de UF com proporção de óbitos de MIF investigados, igual ou maior a 85% .
Número de Unidades da Federação com pelo menos 90% de óbitos maternos investigados	unidade	20,00	31/12/2013 (apurado em 03/2016)	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM	Anual	Nacional	Número de UF com proporção de óbitos maternos investigados, igual ou maior a 90% .
Número de Unidades da Federação com pelo menos 95% de óbitos com causa básica definida	unidade	11,00	31/08/2013 (apurado em 03/2016)	Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM Painel SISFACTO)	Anual	Nacional	Número de UF com proporção de óbitos com causa definida igual ou maior a 95%.
Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país	%	9.731.624	31/12/2014	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)	Anual	Nacional	(Número de campos de radioterapia realizados no ano do monitoramento (ex:2016) - Número total de campos de radioterapia realizados no ano de 2014) / Número de campos de

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
							radioterapia realizados no ano de 2014 (x 100).
Percentual de cobertura municipal de notificação de violência doméstica, sexual, e outras violências	%	59,00	31/12/2013	VIVA SINAN	Anual	Nacional e Estadual	Número de municípios notificantes /total de municípios x100
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Visa consideradas necessárias a todos os municípios, no ano	%	34,00	31/12/2014	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS	Anual	Nacional	(Número de municípios que realizam de 6 a 7 dos grupos de ações de Visa consideradas necessárias) / (Total de municípios do Brasil) X 100
Percentual de risco sanitário total em portos, aeroportos e fronteiras	%	7,00	31/12/2014	Sistema informatizado Sagarana.	Anual	Nacional	O índice de risco da fiscalização de um estabelecimento ou serviço é obtido pela razão entre o somatório dos riscos identificados em todas as fiscalizações registradas no sistema Sagarana durante um período sobre o risco total aplicável, representados pela fórmula: (Riscos identificados em todas as fiscalizações registradas no sistema Sagarana no período / Riscos aplicáveis nas mesmas fiscalizações) X 100. Considerando que o índice de risco é composto por diversos objetos de fiscalização propõe-se estratificar o indicador. O mesmo é estratificado pelos diferentes fatores de risco fiscalizados, sendo calculado: (Riscos identificados em todas as fiscalizações registradas no sistema Sagarana no período para o fator de risco/Riscos aplicáveis nas mesmas fiscalizações) X 100.
Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	%	37,00	01/03/2015	Relatórios CGHOSP de portarias publicadas em Diário Oficial da União. Número de leitos existentes no CNES.	Anual	Nacional	Número de estados com suficiência de leitos*100/27 estados. Método de Cálculo da Necessidade de Leitos: 75% nascidos vivos SINASC por estado (o último SINASC fechado) * 1000 / 2 leitos.

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
Proporção de partos normais	%	58,00	13/07/2015	SIH	Anual	Nacional	Número de parto normal SUS, por local de ocorrência x 100/Número total de partos SUS, por local de ocorrência.
Razão de mortalidade materna	1/100.000	62,00	31/12/2012	SIM/Sinasc - Fator de Correção - http://svs.aids.gov.br/cgiae/buscaAtiva/	Anual	Nacional	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 100.000.
Taxa de incidência de Aids	1/100.000	20,20	31/12/2012	Sinan/ SVS/MS e dados demográficos do IBGE.	Anual	Nacional	Número de casos novos de Aids em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.
Taxa de incidência de tuberculose	1/100.000	35,00	31/12/2013	Sinan/ SVS/MS	Anual	Nacional	Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	1/100.000	94,40	31/12/2011	Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM)	Anual	Nacional	Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna por (dividido) população total residente ajustada ao meio do ano, multiplicada por 100.000.
Taxa de mortalidade infantil	1/1.000	14,60	31/12/2012	SIM /SINASC/Busca Ativa	Anual	Nacional	Direto: Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade por (divido) Número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000 Indireto: estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM.
Taxa de mortalidade neonatal precoce	1/1.000	7,80	31/12/2012	SIM /SINASC/Busca Ativa	Anual	Nacional	Direto: número de óbitos de residentes de zero a seis dias de vida por (dividido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000. Indireto: aplica-se, sobre a taxa de

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
							mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de zero a seis dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada).
Taxa de mortalidade neonatal tardia	1/1.000	2,50	31/12/2012	SIM /SINASC/Busca Ativa	Anual	Nacional	Direto: número de óbitos de residentes de sete a 27 dias de vida por (divido) número de nascidos vivos de mães residentes, multiplicado por 1.000. Indireto: aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos (tardia) informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada).
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	1/100.000	174,20	31/12/2011	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM	Anual	Nacional	Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório por (dividido) população total residente ajustada ao meio do ano, multiplicado por 100 mil.
Taxa de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1/100.000	368,65	31/12/2012	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)	Anual	A Definir	1. Para municípios ou região com menos de 100 mil habitantes: Número absoluto de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. 2. Para municípios ou região com população entre 100 mil e 1 milhão de habitantes, deverá ser calculada a taxa da mortalidade. Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000

Indicador	Unidade de Medida	Índice de Referência	Data de Apuração	Fonte	Periodicidade	Base Geográfica	Fórmula de Cálculo
							<p>* Para o cálculo de indicador considerar a faixa etária de 30 a 69 anos.</p> <p>3. Para UFs, capitais e Brasil, deverá ser calculada a taxa padronizada da mortalidade, sendo ajustada por causa mal definida, por sub-registro, segundo o método "Busca Ativa".</p> <p>Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, corrigido por causas mal definidas – em determinado ano e local</p> <p>Denominador: População padronizada pela população mundial (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.</p> <p>Fator de multiplicação: 100.000</p> <p>* Para o cálculo de indicador considerar a faixa etária de 30 a 69 anos.</p>
Taxa de prevalência de excesso de peso	%	50,80	31/12/2013	Sisvan/ DAB/SAS. Vigitel Brasil 2013.	Anual	Nacional	Número de indivíduos adultos (18 anos ou mais) com excesso de peso dividido pelo número de indivíduos adultos (18 anos ou mais) residentes, multiplicado por 100 (excluídas mulheres grávidas, no numerador e denominador).