

BRASIL



A República Federativa do Brasil tem fronteiras com todos os países da América do sul, exceto o Equador e o Chile. Seu sistema de governo é presidencialista e constitucional, e sua organização político-administrativa compreende a União, 26 estados, 5.561 municípios e o Distrito Federal, onde funciona a sede do governo.

CONTEXTO GERAL E DETERMINANTES DE SAÚDE

A União está organizada constitucionalmente em três poderes independentes: Legislativo, Executivo e Judiciário. A Constituição Federal de 1988 consolidou a restauração do regime democrático depois de duas décadas de governo militar. O país se divide política e geograficamente em cinco regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), que possuem traços comuns em seus aspectos físicos, humanos, econômicos e culturais (1).

Determinantes sociais, políticos e econômicas

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2005 (2), o Brasil ocupa a 63ª posição na classificação de países segundo o índice de desenvolvimento humano (IDH). O IDH foi de 0,71 em 1990, 0,74 em 1995, 0,76 em 2000 e 0,79 em 2003. Em 2000, os maiores índices de IDH corresponderam ao Distrito Federal (0,84), Santa Catarina (0,82) e São Paulo (0,82), e os menores ao Maranhão (0,64), Alagoas (0,65) e Piauí (0,66) (3). Em 2000, o IDH-M (IDH municipal) da população branca foi de 0,81; o da população negra foi de 0,70. Caso fossem uma nação independente, os brancos, com um nível de desenvolvimento humano elevado (acima de 0,80), ficariam na 4ª posição no ranking das nações. A população negra, com um nível de desenvolvimento humano médio (entre 0,50 e 0,79), teria um IDH-M compatível com a 10ª posição. A distância entre brancos e negros, portanto, seria enorme. Entre 1980 e 1991 o IDH-M da população negra cresceu relativamente mais do que o da população branca, o mesmo se observou entre 1991 e 2000. Nas duas décadas, o IDH passou de 0,64 para 0,77 (um aumento de 18,8%); o índice da população negra aumentou 24,9% (de 0,56 para 0,70), o da população branca, 16,5% (de 0,70 para 0,81). Apesar de uma evolução maior no IDH da população negra, a diferença entre os dois grupos foi importante: em 1980, o IDH-M da população branca foi 24,4% maior do que o da população negra, em 2000, 16% maior. A diferença quanto ao desenvolvimento humano destas duas populações se expressa principalmente na renda (uma das dimensões que, junto com a saúde e a educação, compõem o IDH). Não obstante, como as rendas pouco se alteraram ao longo das duas décadas—de fato, diminuíram entre 1980 e 1991—, foram

os outros dois fatores os que mais colaboraram para o avanço do IDH-M: a educação entre os negros e a longevidade entre os brancos. Assim, a diminuição do analfabetismo e o aumento das matrículas determinaram que o componente educacional contribuisse com 55,5% do IDH-M da população negra entre 1980 e 2000; o crescimento da expectativa de vida contribuiu com 36,3%, e as rendas com 8,2%. No caso da população branca, a longevidade foi o fator mais importante (51,1%), ainda que a educação também desempenhasse um papel relevante (40,6%); as rendas foram responsáveis por 8,4% do avanço.

O produto interno bruto (PIB) per capita do Brasil foi de R\$ 6.485,64 em 2000 e chegou a R\$ 8.694,47 em 2003. Segundo dados do Instituto de Investigação Econômica Aplicada (IPEA), o percentual da população pobre (renda mensal abaixo de meio salário mínimo) foi de 33,3% em 2001 e de 32,0% em 2004, com grandes desigualdades entre as diferentes regiões e grupos étnicos no país. Enquanto que o PIB per capita da região Nordeste em 2003 foi de R\$ 4.305,86, o da região Sudeste chegou a R\$ 11.257,54. Analogamente, as regiões Nordeste e Norte apresentavam as maiores proporções de pobres em 2004 (55,47% e 43,30%, respectivamente), enquanto que as regiões Sul e Sudeste tinham a menor proporção de população pobre (17,84% e 20,43%, respectivamente).

O Brasil se comprometeu a alcançar o objetivo de erradicar a pobreza extrema e a fome. Um dos parâmetros utilizados para medir a pobreza extrema no país é a porcentagem da população que vive com menos de um dólar por dia, medido de acordo com a paridade de poder de compra (US\$ 1 PPC/dia) (4). Entre 1990 e 2003 a pobreza extrema reduziu para quase a metade: de 9,9% da população para 5,7%, (42,4% menos). Considera-se que esta queda da taxa de pobreza extrema se deveu em boa parte a uma melhor situação nas zonas rurais, onde a pobreza extrema caiu de 24,2% para 13,5% entre 1990 e 2003. Por outro lado, no mesmo período, a pobreza urbana variou apenas de 4,8% em 1990 para 4,2% em 2003. A pobreza extrema afeta principalmente aos jovens, que encontram dificuldades para ingressar no mercado de trabalho, e, quando o conseguem, suas remunerações podem ser muito baixas. Em 2003, a taxa de desocupação da população entre 16 a 24 anos de idade foi de 19%, quase o dobro da correspondente à população total (10%). A situação se agrava no caso das mulheres jovens, já que a taxa de desemprego feminino

chegou a 24,4%, enquanto que a correspondência com seus pares correspondentes foi de 15%.

Não há total acordo de opiniões com respeito à desigualdade na distribuição da renda: segundo dados de um relatório recente sobre os progressos do Brasil em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 2005 (4), a desigualdade permaneceu estática nos últimos quatro anos. Em 1992, aos 20% da população mais pobre correspondia apenas 3% do total da renda, enquanto que em 2003 se registrou um aumento de um ponto percentual, com maior dispersão nos crescimentos segundo a renda, posto que nas populações mais pobres do país, no Nordeste, se elevou de 1,5% para 4,4%, enquanto que no Sudeste o aumento foi somente de 4,2% em 1992 para 4,5% em 2003. Apesar desta relativa melhoria na situação dos mais pobres, praticamente não se modificou o hiato de renda com relação aos mais ricos. Em 2003, como em 1992, ainda que com algumas variações regionais, a parte mais rica continuava se apropriando de mais da metade da renda. No Nordeste, por exemplo, o hiato entre ricos e pobres diminuiu porque a proporção das rendas regionais apropriadas pelos 20% mais ricos caiu de 60,7% em 1992 para 54,6% em 2003. Nesse mesmo período, na região Sudeste, as rendas da parte mais rica aumentaram de 51,8% para 54,1%. Segundo o mesmo relatório, a desigualdade afeta principalmente aos negros e mulatos. No decil mais pobre há 68% de negros e mulatos, enquanto que no decil mais rico há 87% de brancos; Além disso, 32,2% dos mais pobres são negros. Por outro lado, outro relatório menciona que a desigualdade na renda se reduziu significativamente entre 2001 e 2004 (5), e que isso, por sua vez, haveria diminuído substancialmente a proporção da população que padece de pobreza e pobreza extrema. Dados deste relatório indicam que a escala nacional da desigualdade na renda se reduziu em 4%, com uma diminuição do coeficiente Gini de 0,593 para 0,569. Esta melhoria é atribuída ao desenvolvimento de uma rede mais efetiva de proteção social, uma maior integração dos mercados de trabalho locais e a uma redução tanto das desigualdades associadas à educação como das diferenças de renda segundo o nível educacional. O estudo não abordou as diferenças regionais, que são muito pronunciadas. Aceita-se, entretanto, que a escala nacional de desigualdade na renda se mantém extremamente elevada e que serão necessários outros 20 anos para que a desigualdade no Brasil chegue perto da média que prevalece em países de grau semelhante de desenvolvimento.

Entre as mudanças que a sociedade brasileira está experimentando se destaca o agravamento da pobreza e da exclusão social nas regiões metropolitanas. A preocupação pela rápida piora das desigualdades sociais nas grandes cidades se traduz na expressão “metropolização da pobreza”, indicativo deste fenômeno que ocorre desde meados da última década. Os dados seguintes põem em destaque a índole deste processo: 1) entre 1993 e 2002 o desemprego aumentou nas grandes cidades em geral e no Sudeste em particular, onde taxa de desemprego subiu de 9,3% para 13,2% respectivamente, enquanto que no mesmo período a taxa

nacional aumentou de 6,3% para quase 10,0%; 2) o setor formal decresceu de 55,5% em 1993 para 49,7% em 2002 nas aglomerações metropolitanas, e aumentou de 37,5% para 38,4% no âmbito nacional; 3) as oportunidades de emprego em trabalhos de baixa qualificação (ocupação de trabalhadores com quatro a sete anos de estudo) também teriam reduzido nas regiões metropolitanas e, 4) em 2002 a taxa de desocupação feminina tendeu a se agravar nas regiões metropolitanas (16,1%) e no Sudeste do país, em comparação com a média nacional (11,7%), da mesma forma que a desocupação entre os chefes de família (6). A expansão da pobreza metropolitana não encontra respostas institucionais que melhorem a eficácia das políticas governamentais, e as diferentes unidades da Federação raramente levam em conta esta nova geografia da exclusão social e seus requisitos na hora de tomar decisões e coordenar as ações lhes competentes (7).

A taxa nacional de analfabetismo da população maior de 15 anos foi de 11,4% em 2004, praticamente igual entre homens (11,6%) e mulheres (11,4%). Há grande desigualdade entre a taxa de analfabetismo urbana (8,7%) e a rural (25,8%), com flutuações regionais que oscilam entre 22,4% na região Nordeste (no estado de Alagoas chegou a 29,5%) e 6,3% na região Sul. Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste as taxas de analfabetismo eram maiores entre os homens do que entre as mulheres; nas regiões Sudeste e Sul as mulheres apresentaram as maiores taxas. A taxa de analfabetismo variou segundo a origem étnica: brancos 7,2%, e negros e mulatos 16,5% e 16,2% respectivamente. A taxa de analfabetismo funcional (incapacidade de ler e escrever e interpretar um texto simples e breve) foi de 24,4% no país, com cifras superiores entre os homens (25,0%) do que entre as mulheres (23,9%). A população rural apresentou uma taxa de analfabetismo funcional de (47,5%) duas vezes maior que a observada na população urbana (20,1%). Entre as regiões, a taxa variou de 37,6% na região Nordeste (59,4% para a população residente na zona rural) contra 18,1% na região Sudeste. Os negros e os mulatos apresentaram maiores taxas de analfabetismo funcional (32,0% e 31,2% respectivamente) do que os brancos (18,1%) (8).

O Brasil está próximo de alcançar a educação universal nos níveis mais básicos. O desafio atual é a qualidade educacional mais do que a universalidade: uma proporção importante (19%) de menores que terminam o ensino básico não tem um desempenho adequado em leitura e matemática. As altas taxas de matrículas também encobrem o fato de que ainda há mais de 700.000 meninas em idade escolar que não freqüentam a escola porque vivem em zonas rurais distantes, são vítimas de exploração sexual ou de trabalho infantil, ou têm alguma deficiência. A repetência e a evasão são comuns: em 2003, cerca de 2,8 milhões de crianças abandonaram a escola antes do final do ano. Muitos professores não estão adequadamente capacitados e seus salários, em geral, são extremamente baixos para a importância do trabalho que realizam (9).

A averiguação Nacional por amostragem Domiciliar (PNAD 2004) proporcionou pela primeira vez um indicador direto sobre

asegurança alimentar da população segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentícia (EBIA) (10). Entende-se por segurança alimentar a situação em que os moradores de um domicílio não sofreram restrições de alimentos, em quantidade e qualidade, nos três meses anteriores à entrevista, e confiam em não ter que enfrentar este problema em um futuro próximo. No outro extremo da escala, a insegurança alimentar grave foi definida como a experiência dos moradores de um domicílio de terem passado fome com uma frequência de pelo menos dois dias nos três meses anteriores à entrevista. A segurança alimentar estava presente em 65,2% dos domicílios, enquanto que a insegurança alimentar afetava a 34,8% dos domicílios (a aproximadamente 72 milhões de pessoas). Entre as descobertas mais relevantes da investigação se destacam as seguintes: 1) A segurança alimentar era menor nos domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos, em comparação com os domicílios sem menores de 18 anos; 2) A proporção de segurança alimentar era menor entre outros moradores menores de 18 anos e aumentava com a idade, alcançando proporções maiores entre os idosos (65 ou mais anos de idade); 3) nos domicílios encabeçados por mulheres, a insegurança alimentar foi sempre maior (tanto nas áreas urbanas como nas rurais); destes, nos que tinham sete ou mais moradores, entre eles menores de 18 anos, foram observadas situações de insegurança alimentar moderada ou grave; 4) nos domicílios com insegurança alimentar grave era maior a proporção da população negra ou mulata, e 5) a insegurança alimentar grave era substancialmente maior nos domicílios com rendas per capita de até um salário mínimo.

Em síntese, o Brasil não é um país pobre, mas sim extremamente injusto e desigual, no qual um grande número de pessoas continua enfrentando enormes dificuldades para exercer a cidadania. É um país fundamentalmente urbano, cujo índice de pobreza urbana não experimentou a mesma diminuição que o índice de pobreza rural no período 1990–2003, e cuja taxa de aumento da força de trabalho foi mais alta que o número de postos de trabalho criados.

Na década de 1990 aumentou a violência urbana e a deterioração do meio ambiente, que ainda persiste. A violência se tornou um dos fatores mais importantes da perda de qualidade de vida da população urbana. A violência penetra todos os setores da vida urbana com resultados devastadores e promove relações entre os cidadãos baseadas na insegurança, no desamparo, na agressividade e na autodefesa, restringindo o exercício de sua cidadania e transformando os espaços públicos em ambientes não saudáveis (11).

Desde 2003, a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SE-NASP), organismo responsável pelo planejamento, aplicação e monitoramento da política nacional de segurança pública procura implementar o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). Nesse contexto, a SENASP valoriza as informações como a principal ferramenta da ação das organizações de segurança pública, e tenta, pela primeira vez no país, construir um sistema de infor-

mações que dê apoio aos responsáveis pelo planejamento de políticas públicas de segurança, nos âmbitos nacional e local (12).

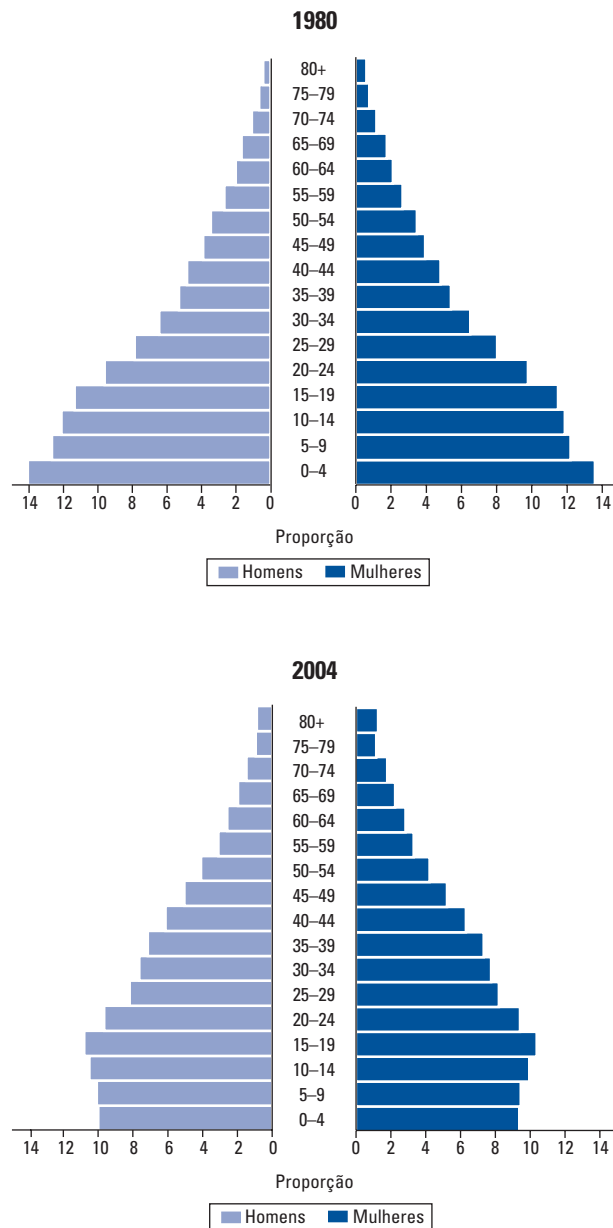
Demografia, mortalidade e morbidade

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2004 a população Brasileira chegava a 186 milhões de habitantes, e a densidade populacional média era de 21,9 habitantes por km², com valores extremos nas regiões Sudeste (86,1) e no Norte de (3,9). Em 2004, 83,0% da população total habitava as zonas urbanas. A proporção pelo sexo era de 95 homens para cada 100 mulheres, com maior proporção de homens na região Norte (101,4), enquanto que nas regiões metropolitanas do Recife e do Rio de Janeiro e no Distrito Federal se observaram as menores proporções por sexo (87,4, 87,9 e 87,6, respectivamente). A taxa geométrica anual de crescimento da população se reduziu de 1,9%, na década de 1980, para 1,6%, no período 1991–2000, com os valores mais baixos na região Nordeste (1,31%). A taxa de natalidade bruta em 2004 foi de 20,6 por 1.000 habitantes. Os brancos representavam 51,4% da população, os mulatos 42,1%, e os negros 5,9%. Enquanto que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste se observa maior proporção de negros (75,6%, 70,2% e 56,1% respectivamente), nas regiões Sul e Sudeste se encontram as maiores proporções de brancos (82,8% e 61,2%, respectivamente).

A taxa de fecundidade total nos mostra a tendência à diminuição, com 2,9 filhos por mulher em 1991 e 2,1 filhos por mulher em 2004. Esta diminuição se observa em todas as regiões, tanto entre mulheres brancas (2,4 em 1991 e 1,8 em 2004) como entre as mulheres negras (3,5 em 1991 e 2,4 em 2004). As maiores taxas de fecundidade total se registram entre as mulheres brancas e negras da região Norte (2,4 e 3,0 filhos por mulher, respectivamente). As mulheres com oito anos ou mais de escolaridade apresentaram uma taxa de fecundidade total de 1,5 filhos, enquanto que entre as que tinham três anos de escolaridade ou mais a taxa foi de 3,9 filhos. A expectativa de vida ao nascer aumentou de 67,0 anos (1991) para 71,7 anos (2004). A expectativa de vida ao nascer dos homens aumentou de 63,2 anos (1991) para 67,9 anos (2004), e a das mulheres passou de 70,9 anos (1991) para 75,5 anos (2004). A expectativa de vida ao nascer varia em função do sexo e da sub-população; Assim, para os homens brancos aumentou de 58,7 anos em 1980 para 64,4 anos em 1991 e para 68,2 anos em 2000, para os homens negros, de 54,1 (1980), para 58,2 (1991) e para 63,3 anos (2000), enquanto que para as mulheres brancas os valores correspondentes foram de 63,4 anos, 71,8 anos e 73,8 anos (2000) e para as mulheres negras, de 60,6 anos, 65,6 anos, e 69,5 anos, respectivamente (13).

A proporção de menores de 5 anos se reduziu de 13,8% em 1980 para 9,7% em 2004, como mostra a figura 1.

No mesmo período, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade aumentou de 5,8% para 7,8% (homens) e de 6,4% para 9,2% (mulheres). Em 2004, a população Economicamente de-

FIGURA 1. Estructura da população por idade e sexo, Brasil, 1980 e 2004.

pendente (meãonores de 15 anos e maiores de 65 anos) reapresentava 35,4% da população total.

A região Nordeste continua apresentando um importante movimento migratório em direção a outras regiões do país; em 1991, a proporção de migrantes em relação às pessoas naturais daquela região foi de 15,1% e em 2004 a proporção aumentou para 17,7%. A região Sudeste é o destino da maior parte desses

migrantes (10,4% das pessoas nascidas no Nordeste residiam na região Sudeste em 1991, e em 2004, essa proporção chegou a 12,1%). Na região Centro-Oeste se encontra a maior proporção de residentes nascidos em outras regiões do Brasil (31,4% em 1991 e 31,1% em 2004).

A mortalidade no Brasil passou por importantes mudanças ao longo dos anos, com diminuição de algumas doenças infecciosas e o ressurgimento de outras, e com mudanças na frequência de algumas doenças e eventos não infecciosos, como as enfermidades cardíacas, a diabete, as neoplasias e as mortes violentas. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde captou 1.024.073 falecimentos em todo o país em 2004, dos quais 126.922 (12,4%) se deveram a causas mal definidas (Quadro 1).

Entre os falecimentos por causas definidas, as doenças cérebro vasculares constituiriam a primeira causa, com uma mortalidade proporcional de 10,1%, e os falecimentos por doenças isquêmicas do coração, a segunda (9,7%). Estas descobertas refletem a crescente concentração de mortes no grupo de idades mais avançadas e expressam a melhoria das condições de vida em virtude das políticas públicas (por exemplo, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde e imunização) na saúde da infância, com a conseqüente redução de mortes de menores de idade. Os homicídios ocupam o terceiro lugar entre as principais causas de falecimento na população geral e representam o risco de morte mais importante para a faixa de idade compreendida entre os 10 e os 59 anos. Constituem-se na terceira causa de morte nos homens, mas não figuram entre as 10 primeiras causas de morte nas mulheres. Os homens de 10 a 19 anos de idade apresentaram um risco de morrer assassinados seis vezes maior do que as mulheres do mesmo grupo de idade; para os homens de 20 a 59 anos, o risco foi sete vezes maior do que o apresentado pelas mulheres dessa idade. Os acidentes de trânsito terrestre foram a quarta causa de morte masculina e não aparecem entre as 10 principais causas de morte feminina. A diabete mellitus foi a terceira causa de morte nas mulheres e a nona nos homens.

As únicas doenças transmissíveis entre as 20 primeiras causas de morte foram a pneumonia e a gripe, que ocuparam o sexto lugar. Isto reflete problemas de notificação de falecimentos, já que as pneumonias podem ser doenças terminais, sem informação sobre a causa básica da morte.

A comparação dos dados de mortalidade correspondentes a 1996 e 2004 revela um aumento no risco de morte por homicídios (8,8%), por diabete mellitus (30,5%) e por doenças hipertensivas (38,0%). O risco de morte por problemas pré-natais apresentou uma redução de 27,3%, sem dúvida significativa, no período considerado; o risco de morte por trauma no nascimento aumentou 6,5%. O risco de morte por acidentes de trânsito terrestre apresentou uma redução de 13,0%, possivelmente como conseqüência da adoção de uma legislação de trânsito mais rigorosa, o que ocorreu em 1997.

QUADRO 1. Principais causas de mortalidade (taxa, porcentagem de mudança e mortalidade proporcional), Brasil, 1996 e 2004.

| Categoria | Taxa | | | Mortalidade proporcional | |
|--------------------------------------------------------------------|-------|-------|----------|--------------------------|------|
| | 1996 | 2004 | % cambio | 1996 | 2004 |
| Total de falecimentos | 580,2 | 571,8 | -1,4 | | |
| Causam mal definidas | 87,5 | 70,9 | -19,0 | 15,1 | 12,4 |
| Causas definidas | 492,7 | 500,9 | 1,7 | | |
| doenças cérebro vasculares (I60–I69) | 51,7 | 50,8 | -1,9 | 10,5 | 10,1 |
| doenças isquêmicas do coração (I20–I25) | 47,0 | 48,5 | 3,0 | 9,5 | 9,7 |
| Agudas (I20–I24) | 38,5 | 40,0 | 3,8 | 7,8 | 8,0 |
| Crônicas (I25) | 8,5 | 8,5 | -0,6 | 1,7 | 1,7 |
| Agressões (homicídios) (X85–E09) | 24,8 | 27,0 | 8,8 | 5,0 | 5,4 |
| Certas infecções originadas no período pré-natal (P00–P96) | 23,8 | 17,3 | -27,3 | 4,8 | 3,5 |
| Traumatismo no nascimento e outras obstetrícias (P01–P03, P10–P15) | 1,4 | 1,5 | 6,5 | 0,3 | 0,3 |
| Pré-maturidade e infecções afins (P05–P07) | 2,2 | 1,8 | -19,4 | 0,4 | 0,4 |
| Transtornos respiratórios do período pré-natal (P20–P28) | 13,9 | 7,7 | -44,6 | 2,8 | 1,5 |
| Sepsia bacteriana do recém nascido (P36) | 2,6 | 2,5 | -3,4 | 0,5 | 0,5 |
| Transtornos hemorrágicos e hematológicos (P50–P61) | 0,6 | 0,5 | -29,8 | 0,1 | 0,1 |
| Insuficiência cardíaca (I50–I51) | 23,5 | 17,9 | -24,0 | 4,8 | 3,6 |
| Acidentes de trânsito terrestre (V00–V89) | 22,5 | 19,6 | -13,0 | 4,6 | 3,9 |
| Gripes e pós-gripe (J10–J18) | 21,7 | 21,0 | -3,2 | 4,4 | 4,2 |
| doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (J40–47) | 20,0 | 21,5 | 7,3 | 4,1 | 4,3 |
| Diabete mellitus (E10–E14) | 16,8 | 21,9 | 30,5 | 3,4 | 4,4 |
| doenças hipertensivas (I10–I15) | 12,5 | 17,2 | 38,0 | 2,5 | 3,4 |

No período 1996–2004 as disfunções de menores de 1 ano diminuíram 34%. As reduções mais importantes de risco de morte se observaram na meningite (86,3%), na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (69,8%) e nas doenças infecciosas intestinais (65,1%). Apesar de que no grupo de 10 a 19 anos tenha sido observada uma diminuição de 11,0% no total dos falecimentos, o risco de morte por homicídios aumentou 26,3% e no grupo de 20 a 59 anos houve um acréscimo de 6,1%. Neste último grupo de idade aumentou também o risco de morte por enfermidade alcoólica do fígado (39,9%) e por diabete mellitus (11,2%).

SAÚDE DOS GRUPOS DE POPULAÇÃO

Saúde das crianças menores de 5 anos

Este grupo constituía 9% da população em 2004 e representava 6,1% da mortalidade geral. Segundo o SIM, Ministério da Saúde, a maior parte destes falecimentos correspondeu a menores de 1 ano (87%). O Sistema de Informação de Nativos (SINASC) do Ministério da Saúde, com uma cobertura estimada em 90%, registrou 3.026.548 nascimentos em 2004. Os dados correspondentes ao período 2000–2004 indicam que cerca de 8,0% dos nascidos vivos apresentavam peso abaixo do normal ao nascer; a região Sudeste se mostrou com a maior proporção de nati-

vivos com peso abaixo do normal ao nascer nesse período (9,0%), enquanto que as regiões Norte e Nordeste tiveram as menores proporções (6,6% e 7,1% respectivamente). Esses valores excederam as expectativas em condições ideais para o crescimento intra-uterino, ainda que se situem abaixo do máximo de 10% estabelecido como meta a nível mundial (14).

Três estudos nacionais sobre aleitamento materno realizados em 1975, 1989 (15) e 1999 (16), verificaram um aumento progressivo da proporção de crianças alimentadas com leite materno aos 6 meses de idade, que alcançou 69% em 1999. Aos 12 meses de idade, contudo, a situação permaneceu estável entre 1989 (37%) e 1999 (35%), exceto na região Centro-Oeste, onde a proporção de crianças que recebiam leite materno aumentou de 17% para 38%. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, a metade das crianças estudadas em 1999 não recebia lactância materna exclusiva aos 30 dias de vida, e se observaram, nessas crianças, deficiências acentuadas por causa disso no quarto mês de vida (18%) e no sexto mês de vida (8%), sem variações significativas entre as grandes regiões. Existe uma Rede Nacional de Bancos de Leite Humano que, em fevereiro de 2006, incluía 187 unidades e 29 postos de coleta distribuídos em todos os estados Brasileiros (17, 18).

Uma análise do perfil dos nativos segundo a raça ou a cor mostrou as seguintes diferenças nas características consideradas: 1) Os nativos indígenas e negros tinham maior probabili-

dade do que os brancos de serem filhos de mães adolescentes; 2) os brancos tinham maior probabilidade que os indígenas e negros de serem filhos de mães que efetuaram sete ou mais consultas pré-natais, enquanto que os nativos indígenas e negros tinham maior probabilidade do que os brancos de serem filhos de mães que não efetuaram nenhuma consulta pré-natal; 3) os brancos tinham maior probabilidade de nascer por cesariana do que os negros; os indígenas tinham maior probabilidade de nascer prematuros; os negros tinham maior probabilidade de nascer com peso abaixo do normal, mas tanto os negros como os brancos das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tinham maiores possibilidades de nascer com peso abaixo do normal do que os das regiões Norte e Nordeste (19).

A taxa de mortalidade infantil decresceu de 33,7 por 1.000 nascidos vivos em 1996 para 22,5 por 1.000 em 2004. As causas da mortalidade infantil se modificaram ao longo das últimas décadas, observando-se um decréscimo das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. As doenças infecciosas intestinais representavam 8,0% da mortalidade nos menores de 1 ano em 1996 e 4,0% em 2004. No mesmo período, a mortalidade por causas pré-natais aumentou de 57,0% para 61,2%. As desigualdades geográficas são claras quanto à distribuição das taxas em 2004, ano em que o risco de um menino menor de 1 ano de morrer foi 2,23 vezes maior no Nordeste do que no Sul (20), a taxa apresentou valores extremos nos estados de Alagoas (47,1 por 1.000 nativos) e Santa Catarina (13,6).

A mortalidade infantil tende a se concentrar no período neonatal, à medida que decresce a proporção de falecimentos evitáveis por ações básicas de saúde e saneamento. Em 2004, 66,5% dos falecimentos infantis foram produzidos no primeiro mês de vida e 50,9% na primeira semana; em 1996 as proporções correspondentes foram de 60% e 47%. Em 2004, a proporção maior de falecimentos infantis no período pós neonatal se observou na região Nordeste (35,3%).

No grupo de 1 a 4 anos as causas de falecimento mais importantes em 2004 foram a gripe e pneumonia (13,5%), as má-formações congênicas (8,6%), as doenças infecciosas intestinais (6,5%), os acidentes de trânsito terrestre (6,3%) e o afogamento (6,0%). Entre 1996 e 2004 o risco de morrer por gripe e pneumonia se reduziu 43,5%, por doenças infecciosas e intestinais 41,3%, por acidentes de trânsito terrestre 34,6% e por meningite 88,5%. Na região Nordeste registraram-se 56% dos falecimentos por doenças infecciosas intestinais.

Desde 1996, a execução de alguns dos programas e ações ajudou a propiciar uma acentuada queda da mortalidade infantil, entre eles cabe mencionar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAÍSM), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Infância (PAÍSC), a Estratégia de Assistência Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIEPI), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o incentivo ao aleitamento materno, o monitoramento do crescimento ou do desenvolvimento infantil. Ademais, colocou-se em funcionamento o Programa de

Saúde da Família, que experimentou uma expansão importante a partir de 1999 até alcançar, em agosto de 2006, uma cobertura de 47,7% da população Brasileira (83 milhões de pessoas), com 26.000 equipes integradas por um médico, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde. Também os programas de saneamento básico e de redução da pobreza desempenharam um papel importante, fora os fatores demográficos como a redução da fecundidade (21).

Saúde das crianças entre 5 e 9 anos

O grupo em idade escolar primária constituía cerca de 9,0% da população e representava menos de 0,5% dos falecimentos totais em 2004. Suas principais causas de morte foram: acidentes de trânsito terrestre (18,1%), afogamento (9,2%), leucemias (5,9%), gripe e pneumonia (5,5%) e má-formações congênicas (4,9%). No período 1996–2004 o risco de morrer por gripe e pneumonia caiu 26,0%, por acidentes de trânsito terrestre 38,5%, por meningite 88,6%, por afogamento 17,8% e por leucemias 6,8%.

Em 2005, 457.338 crianças desse grupo de idade foram internadas em hospitais públicos (4,0% do total de internações). As causas de hospitalização mais importantes foram às doenças do sistema respiratório (29,2%), principalmente a gripe (12,1%) e a asma (8,7%) e as doenças transmissíveis (17,9%), especialmente a diarreia e outras doenças infecciosas intestinais (10,7%).

Saúde dos adolescentes (10–14 e 15–19 anos)

Os adolescentes representavam cerca de 20,3% da população do país e contribuíam com 2,4% da mortalidade geral em 2004, com predominância de mortes masculinas por acidentes e violências. A taxa de mortalidade na população adolescente masculina (99,0 por 100.000 habitantes) supera em muito a taxa feminina (34,9 por 100.000 habitantes). As principais causas de morte entre os homens foram as agressões (34,2%), os acidentes de trânsito terrestre (16,9%), o afogamento (6,3%), os eventos com intenção indeterminada (4,0%) e as lesões auto-infligidas (3,2%). No período 1996–2004, as mortes por agressões aumentaram 26,3%, mas os riscos de morrer pelas demais causas diminuíram, por exemplo, por acidentes de trânsito terrestre 22,3%, por afogamento 28,2%, por suicídio 8,5% e por leucemia 8,0%. O perfil de mortalidade deste grupo difere entre os homens e as mulheres; assim, as cinco primeiras causas de morte masculina são externas, enquanto que as duas primeiras causas de morte feminina são externas e a terceira são as causas maternas (4,6% dos falecimentos).

As internações por traumatismos resultantes de acidentes e violência representaram 9,4% do total de 1.314.408 das internações hospitalares registradas neste grupo de idade em 2005. Entre as hospitalizações por causas externas se destacam as quedas (41,8%) e os acidentes de trânsito (15,8%).

Em 2004 foram informados 661.290 partos em adolescentes de 10 a 19 anos de idade (21,8% do total), proporção algo menor que a observada em 1998 (24,0%). Estimou-se que, em 2004, 26.726 nativos (0,9% do total) corresponderam a mães de 10 a 14 anos, e a prevalência do peso inferior ao normal ao nascer nesse grupo (13,5%) superou a média geral (8%).

Saúde dos adultos (20–59 anos)

Os adultos rerepresentavam 52,7% da população total e respondiam por 32,1% dos falecimentos notificados em 2004 (37,9% em homens e 24,2% em mulheres). A taxa de mortalidade na população adulta masculina (501,5 por 100.000 habitantes) foi um pouco maior que o dobro da taxa feminina (219,8 por 100.000). As principais causas de morte foram as agressões (12,7%), os acidentes de trânsito terrestre (8,4%), as doenças isquêmicas do coração (7,7%), as doenças cérebro vasculares (7,1%), e a cirrose hepática e outras doenças do fígado (4,8%). De 1996 a 2004 o risco de morrer por agressões aumentou 6,1%, enquanto que a mortalidade por outras causas se reduziu, da mesma forma que o risco de morrer por acidentes de trânsito terrestre (10,7%), doenças cérebro vasculares (16,2%), doenças isquêmicas do coração (3,3%) foi de (38,1%). O risco de morrer por causas externas para um homem de 20 a 59 anos de idade (taxa de 77,0 por 100.000) foi 10 vezes superior ao de uma mulher do mesmo grupo (5,9 por 100.000). O risco de morrer por acidentes de trânsito terrestre foi seis vezes maior para os homens do que para as mulheres (taxas de 47,1 e 7,8 por 100.000, respectivamente). Nas mulheres, entre as cinco principais causas de mortalidade se encontra o câncer de mama (5,5%) e a diabetes mellitus (4,6%).

A mortalidade materna em 2004, calculada para nove estados que contavam com dados consistentes, variou de 44 falecimentos por 100.000 nativos no Distrito Federal para 84 falecimentos por 100.000 nativos no Mato Grosso do Sul. Como são reconhecidas as deficiências do registro de causas maternas, estima-se que a taxa média nacional poderia se situar em torno de 76 falecimentos por 100.000 nativos, com base no fator de ajuste (1,4) obtido em uma investigação sobre a mortalidade das mulheres de 10 a 49 anos em 2002. Em 2004, 61,4% dos falecimentos maternos foram devidos a causas obstétricas diretas, entre as quais se sobressaem a eclampsia e a hemorragia pré-parto. Entre as causas indiretas pré-existentes e agravadas pela gravidez se destacaram as doenças infecciosas, a diabetes, a anemia e os transtornos cardiovasculares.

Em 2005 foram registrados no sistema público de saúde cerca de 6 milhões de hospitalizações de adultos, predominantemente de mulheres (67,3% do total). A maior parte delas foi devida a condições da gravidez, do parto ou do pós-parto, as quais, em conjunto, contribuíram com 33,1% do total e com 49,1% das internações de mulheres. Excluído esse grupo de causas, os principais motivos de internação foram as doenças dos sistemas di-

gestivo (13,8%), circulatório (12,9%) e genital urinário (12,0%). As causas externas foram o principal motivo de internação nos homens (17,6%), seguidas pelas doenças do sistema digestivo (14,6%). Nas mulheres (excluídas as internações por gravidez, parto e pós-parto) predominam as doenças do sistema geniturinário (18,2%).

Em 2004, dados sobre 3 milhões de partos mostraram que 52% das mães efetuaram sete ou mais consultas de atendimento pré-natal, com variações percentuais de 22% no Amapá a 69% no Paraná. A proporção de partos por cesariana foi de 41,8%. Em 2000 foram instituídos mecanismos de apoio ao estabelecimento de sistemas estatais de envio hospitalar da grávida de alto risco, e foram alocados recursos especiais para humanizar a assistência ao parto e do recém-nascido, assim como para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência. Dados do Ministério da Saúde correspondentes à primeira avaliação do impacto das ações de humanização da assistência ao parto nas 29 principais maternidades do país mostraram uma redução de 6,9% dos falecimentos neonatais entre 2004 e 2005.

Saúde dos idosos (60 ou mais anos de idade)

Em 2004 os idosos representavam 9,0% da população total e correspondiam a 58,4% da mortalidade do país. Com predomínio feminino, a proporção de maiores de 60 anos de idade na população geral aumentou de forma progressiva em todas as regiões do país. Em 1991, a este grupo de faixa etária correspondiam 7,8% das mulheres e 6,8% dos homens, enquanto que em 2004 as proporções correspondentes foram de 9,2% e 6,8% (22, 23). O envelhecimento da população brasileira resulta da combinação das altas taxas de fecundidade das décadas passadas e da diminuição da mortalidade em idades mais jovens observada também nas últimas décadas. Aumentou também a concentração de pessoas com idade mais avançadas dentro deste grupo; de fato, os maiores de 80 anos de idade representavam 0,8% da população em 1991 e 1,1% em 2004.

O número de falecimentos em idades superiores aos 60 anos vem aumentando progressivamente de 38% do total de falecimentos no triênio 1979–1981 para 54% em 1998 e para 58,4% em 2004. Neste último ano, as proporções variaram de 45,8% na região Norte a 63% na região Sul. As principais causas de morte foram as doenças cérebro vasculares (13,6%), as doenças isquêmicas do coração (12,5%), as doenças crônicas das vias respiratórias inferiores (6,5%), a diabetes mellitus (5,9%), a gripe e a pneumonia (5,2%), e a insuficiência cardíaca (5,0%). No período 1996–2004, os riscos de morte por doenças crônicas respiratórias aumentaram 3,0%, pela diabetes 28,5%, e por gripe e pneumonia 14,0%. O risco de morte por doenças cérebro vasculares e por doenças isquêmicas do coração mostrou reduções de 3,0% e 2,2%, respectivamente. Os perfis da mortalidade masculina e feminina deste grupo de idade são muito semelhantes. Apesar da elevada percentagem de causas mal definidas (14,4%), maior do

que a média geral brasileira e crescente nos subgrupos de idade mais avançada, este valor representa uma melhor qualidade das informações da causa da morte em comparação com o que se observou em 1998 (18,0%).

À população anciã corresponderam 9,5% das internações nos hospitais do sistema público de saúde em 2005, e as causas principais foram as doenças dos sistemas circulatório (28,9%), respiratório (17,7%) e digestivo (10,2%). As ações dirigidas a este segmento de idades se regem pela Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada em 1999 (24), na qual se estabelecem diretrizes, estratégias gerais e prioridades programáticas para promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças específicas, tratar dos doentes e reabilitar os que tenham sua capacidade funcional restringida. Entre as medidas de prevenção, destaca-se a vacinação contra a gripe e a infecção pneumocócica. Em 1999 foi implementada a vacinação contra a gripe para a população de 65 ou mais anos de idade, e nos anos seguintes essa foi estendida aos maiores de 60 anos de idade. As coberturas da vacinação alcançaram a meta de 72% em 2000 e 84% em 2005. Em 2006 foram vacinados 13,5 milhões de pessoas deste grupo, o que representa uma cobertura de vacinação de 85,7%.

Saúde dos trabalhadores

A área de saúde dos trabalhadores no Brasil compreende setores de saúde, trabalho, previdência social e meio ambiente, com competências e atribuições específicas. No setor de saúde, diversas normas federais recentes orientam o desenvolvimento técnico e operacional de ações destinadas à melhoria da cobertura e da qualidade da assistência ao trabalhador. As informações sobre as doenças ocupacionais e sobre os acidentes de trabalho se utilizam fundamentalmente do sistema de cobertura de lesões, incapacitações, ou mortes estipuladas pelo regime de previdência social, para a população com vínculo formal de trabalho. Em 2004 havia 31,4 milhões de trabalhadores com emprego formal (17% da população do país). A maior concentração de emprego formal se registrou na região Sudeste, com 51,8%, enquanto que nas regiões Nordeste e Sul os percentuais correspondentes foram de 17,0% e 17,9%. No período 2002–2004, o emprego formal mostrou um crescimento de 9,5%, com a inclusão de 2,7 milhões de trabalhadores no mercado de trabalho formal.

A análise das informações sobre os benefícios concedidos por doença em 2004 mostrou que as causas mais frequentes de absenteísmo no trabalho foram as doenças do sistema ósteomuscular e do tecido conjuntivo, que responderam por 30% dos benefícios por doença concedidos, as causas externas (18,0%), as doenças do sistema circulatório (11,0%), os transtornos mentais e de comportamento (10,8%) (25). Entre los trabalhadores da indústria brasileira se observou uma alta prevalência de alguns fatores de risco para doenças cardio-vasculares: hipertensão arterial (25,2%), tabagismo ativo (15,9%), diabetes mellitus (3,2%),

colesterol total elevado (7,9%), obesidade (13,4%) e sedentarismo (17,2%) (26).

Saúde dos grupos étnicos

Desde 1999 a assistência à saúde dos indígenas está sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde e é realizada por meio de 34 distritos sanitários especiais para os indígenas vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Cada distrito conta com uma equipe de saúde que realiza ações de assistência básica, referenciadas à rede formal do sistema de saúde, e sob o controle dos conselhos locais e distritais de saúde indígena. Nas aldeias e comunidades atuam agentes de saúde indígena capacitados para dar a assistência básica que se desenvolve no âmbito nacional. As relações com os serviços formais secundários ou terciários contam com o apoio das “casas de saúde” para a assistência aos indígenas, que estão localizadas nas sedes municipais de referência. Com o objetivo de acompanhar as ações de saúde executadas no âmbito das comunidades indígenas, a FUNAI implantou o Sistema de Informação de Assistência à Saúde Indígena (SIASI) no ano 2000.

Em 2003, a população indígena brasileira foi estimada em 770.000 pessoas, pertencentes a uns 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes. Ainda que constituam apenas 0,2% da população total, o contingente indígena está presente em todos os estados. Cada povo tem uma forma própria de organização social, política e econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação territorial. As regiões Norte e Centro-Oeste concentram cerca de 44% da população indígena e 98,7% das terras indígenas. No período de 2000–2004, o SIASI registrou 4.584 falecimentos na população indígena, 45% em menores de 5 anos. Em 2003, o SIM captou 2.116 falecimentos, 33% em menores de 5 anos. As principais causas de morte foram às causas externas (16,8%), as doenças do sistema circulatório (16,5%) e do sistema respiratório (13,9%), e as doenças infecciosas (13,8%).

A população indígena recebe as vacinas contempladas no sistema de saúde, de acordo com o esquema básico de vacinação para esta população. Desde 2003, o Brasil participa da campanha da Semana de Vacinação das Américas, uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o que permitiu aumentar a cobertura de imunização em 2006.

A população negra brasileira, constituída por negros e mulatos, supera a de qualquer outro país fora do continente africano e apresenta características genéticas peculiares, pela miscigenação, ou mistura de raças e culturas, de indivíduos de várias etnias, procedentes de distintas regiões da África subequatorial (27). Em 2004, estimava-se esta população em 10,7 milhões de negros e 76,6 milhões de mulatos, e totalizava 48,0% da população nacional. Aproximadamente 80% dos negros residem nas regiões Nordeste e Sudeste, e existem ainda, dispersas pelo país, cerca de 1.000 comunidades remanescentes de escravos fugiti-

Desigualdades com impacto na saúde

A desigualdade no Brasil afeta principalmente a população negra (pretos e pardos) e os descendentes da população indígena. No decil mais pobre há 68% de negros, enquanto que no decil mais rico há 87% de brancos; além disso, 32,2% dos mais pobres são negros. A população de afro-descendentes supera a de qualquer outro país fora do continente africano e apresenta características genéticas peculiares, pela miscigenação, ou mistura de raças e culturas, de pessoas de várias etnias, procedentes de diferentes regiões da África subsaariana. Em 2004, estimava-se a população negra em 10,7 milhões de pretos e 76,6 milhões de pardos, e totalizava 48,0% da população do Brasil. Os problemas de saúde mais frequentes na população negra são a desnutrição, o consumo de drogas, os abortos sépticos e a violência, entre outros, e estão associados às desigualdades sociais históricas que condicionam a pobreza e a redução ao acesso aos serviços de saúde. Essas desigualdades são fatores agravantes de doenças como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, que parecem incidir em maior intensidade na população negra. Em 1995, uma iniciativa governamental dirigida à valorização da população negra mobilizou os setores da sociedade civil e da comunidade científica, e os profissionais de saúde, o que deu lugar à elaboração de um programa de controle da anemia falciforme e a outras medidas de defesa dos interesses deste grupo da população. O Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial trabalham em conjunto, com o objetivo de propor e sistematizar estratégias de gestão e assistência para a implementação e o acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), focado na promoção da igualdade racial.

vos. Em 2003 foram registrados aproximadamente 350.000 falecimentos de pessoas negras, dos quais cerca de 280.000 correspondiam a mulatos. As principais causas definidas de morte para a população negra foram as doenças do sistema circulatório (29,9%), as causas externas (20,6%), as neoplasias (12,4%) e as doenças do sistema respiratório (9,1%). Nesse ano, a população negra apresentou riscos de morte por doenças infecciosas, doenças endócrinas, complicações relacionadas com a gravidez, com o parto e o pós-parto, e causas externas mais elevados que a população branca. A população mulata apresentou riscos de morte por causas relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto, assim como por causas externas, mais elevados do que a população branca e risco de morte menor por neoplasias e por doenças dos sistemas circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário. É possível que as taxas de morte dos mulatos estejam subestimadas devido ao fato de que muitas vezes são qualificadas como de raça e cor desconhecidas, e também devido à heterogeneidade de pessoas que são qualificadas como mulatos (já que nas diferentes regiões do Brasil os mulatos, podem representar os resultados de diferentes de raça/cor). Os problemas de saúde mais frequentes na população negra a: desnutrição, o consumo de drogas, abortos sépticos e violência, entre outros, estão associados às desigualdades sociais históricas que condicionam a pobreza e reduzem o acesso aos serviços de saúde. Essas desigualdades são fatores agravantes de doenças como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, e a deficiência de glicose-6-fosfato de-

hidrogenase, que parecem incidir com maior intensidade na população negra. Entre as doenças geneticamente determinadas (28) se destaca a anemia falciforme, que é a enfermidade hereditária monogênica mais comum no Brasil. Sua existência é estimada entre 8.000 e 50.000 doentes e entre 2 milhões e 10 milhões de portadores do risco falcêmico, o que pressupõem um elevado sub-registro de casos, pois apenas cerca de 4.000 estão identificados. Calcula-se que 80% dos doentes de anemia falciforme morrem em torno dos 30 anos de idade e que 85% dos falecimentos não são devidamente registrados (29). Em 1995, uma iniciativa governamental dirigida à valorização da população negra (30) mobilizou os setores da sociedade civil e da comunidade científica, e os profissionais da saúde, o que deu lugar à elaboração de um programa de controle da anemia falciforme e a outras medidas de defesa dos interesses deste grupo da população.

CONDIÇÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Doenças transmitidas por Vetores

A **malária** é endêmica em toda a Amazônia brasileira, que abrange a região Norte e parte dos estados do Maranhão (nordeste) e Mato Grosso (Centro-Oeste). Neste último território foram registrados mais de 99% dos casos informados nos últi-

mos 10 anos, com uma média anual de 530.000 exames positivos. Em 1999, a incidência de malária aumentou consideravelmente nessa zona, e voltaram a ser registrados níveis existentes na década de 1970. Em 1999 registraram-se 632.600 novos casos, 34% a mais do que em 1998, o que resultou em 21.100 internações, principalmente de adultos e jovens do sexo masculino entre 15 a 34 anos de idade. A elevada endemia da malária na Amazônia está ligada às mudanças nas atividades econômicas extrativistas, que geram migrações internas e assentamentos rurais desordenados. No ano 2000 o Ministério da Saúde lançou o Plano de Intensificação de Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM), o que tornou possível uma estruturação dos serviços locais de saúde orientada para incluir o controle de malária na rede de serviços de saúde mediante uma estratégia centrada no diagnóstico precoce e no tratamento imediato. Ao findar o ano de 2002, os casos de malária haviam diminuído em 45% em comparação com 1999. Em 2003, o Ministério da Saúde colocou em marcha o programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) com o propósito de manter os êxitos obtidos com o PIACM mediante o fortalecimento da estrutura dos serviços. Apesar de todos os recursos investidos, em 2003 registrou-se um aumento de 17,3% (408.795 casos) em relação a 2002. Em 2004 o aumento foi de 13,6% (464.231 casos) em relação a 2003, e em 2005 notificaram-se 599.690 casos, cifra que reinterpreta um crescimento de 29,2% em relação ao ano anterior. O aumento dos casos de malária se deve principalmente a uma intensa e desordenada ocupação das zonas periféricas das grandes cidades.

Não foram registrados casos de **febre amarela** urbana desde 1942. No entanto, desde a década de 1970 se observa uma progressiva reinfestação em todo o território nacional pelo *Aedes aegypti*, o transmissor urbano da febre amarela. A forma selvagem da enfermidade é endêmica em algumas regiões. O número de casos de febre amarela selvagem está diminuindo progressivamente desde 1999, coincidente com o aumento das vacinações nas zonas endêmicas. Em 1999 notificaram-se 76 casos, e em 2005, três. No período 1999–2001 registraram-se epidemias, principalmente na região Centro-Oeste. O último surto se iniciou entre símios na Amazônia e se propagou para região de savana localizada no Centro-Oeste do país. A circulação viral seguiu em direção ao Sudeste, com epizootias em 54 municípios de seis estados. No ano 2000 foram identificados casos humanos em São Paulo e na Bahia, que desde a década de 1950 estavam livres da doença. Em 2001 ocorreu um surto de casos humanos no estado de Minas Gerais, e epizootias no estado do Rio Grande do Sul, em zonas consideradas até o momento como endêmicas de febre amarela. Em 2003 foram confirmados 64 casos de febre amarela com 22 falecimentos. Os casos ocorreram em 18 municípios dos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Roraima e Pará. Desde 1999, a maioria dos casos correspondeu a indivíduos do sexo masculino (mais de 80%) e agricultores e eco-turistas. De 1999 a 2003, e considerando os casos notificados ao sistema de vigilância, a taxa de mortalidade se

mantve em torno de 40%. A política de imunização contra a febre amarela no Brasil inclui a vacinação a partir dos 6 meses de idade de toda a população residente nas zonas endêmicas, A vacinação a partir dos 9 meses de idade na população residente na zona de transição, e a vacinação de todos os que viajam para as zonas endêmicas.

O mosquito transmissor da dengue, *Aedes aegypti*, está distribuído em todas as cidades do país, exceto nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Em 1981 e 1982 ocorreu o reingresso do vírus da dengue no Brasil, com a primeira epidemia documentada clinicamente e por laboratório, em Boa Vista (Roraima), causada pelos sorotipos 1 e 4. Desde 1986 foram registradas epidemias que afetaram o Rio de Janeiro e a algumas capitais da região Nordeste. Desde então, a dengue é endêmica no Brasil, com picos epidêmicos. O número de casos diminuiu de 794.000 em 2002 para 118.000 em 2004, mas em 2005 houve um novo aumento, com 217.000 casos, dos quais 447 corresponderam à febre hemorrágica da dengue, com 43 falecimentos. Foi detectada a circulação dos sorotipos DEN 1, DEN 2 e DEN 3.

Na década de 1960 foram identificadas zonas com risco de transmissão domiciliar do **Mal de Chagas** em mais de 2.000 municípios em 18 estados brasileiros. Detectou-se o *Triatoma infestans* em 711 municípios de 13 estados. A existência observada pela sorologia foi de 4,2% para o país, com valores máximos de 8,8% em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. A iniciativa dos Países do Cone Sul para a Erradicação do *T. infestans* e a Interrupção da Transmissão da Tripanosomiasis Transfusional ajudaram a consolidar o controle dessa espécie, principal e quase único vetor de transmissão domiciliar. Em 1998 começou a realização das revisões por estados mediante comissões nacionais, seguidas de avaliações internacionais em 1999. Na reunião intergovernamental de 2000 no Rio de Janeiro homologou-se a certificação da interrupção da transmissão em seis estados (Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro e São Paulo). Nos anos seguintes, com a intensificação das operações nos demais estados, foi conseguido interromper a transmissão e obter a respectiva certificação nos estados de Minas Gerais, Pernambuco, Piauí e Tocantins. Em 2005 e 2006, as avaliações de comissões internacionais promovidas pela OPAS recomendaram a certificação da interrupção para os três últimos estados endêmicos: Paraná, Rio Grande do Sul e Bahia. Os desafios pendentes são a consolidação da vigilância epidemiológica, especialmente na Amazônia, e a assistência médica e social a quem tenha sido infectado no passado.

Há informações escassas sobre a frequência da **filariase linfática** no âmbito nacional. O foco principal de filariase linfática se localiza na zona metropolitana de Recife, estado de Pernambuco. Existe um foco residual no estado de Alagoas, onde em 2005 não se detectaram casos. Está em execução um programa Nacional para a Erradicação da Filariase Linfática (PNEFL), como parte do projeto mundial de erradicação desta doença, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Também como

parte do PNEFL está sendo feita a reavaliação de focos antigos da doença, e estados considerados indenes estão sendo incluídos na vigilância de casos de morbidade por filariase linfática.

A transmissão mais importante de **esquistosomiase** se registra na região Nordeste do país e ao norte do estado de Mato Grosso, mas a distribuição geográfica desta enfermidade no país é ampla. Os exames coprocópicos na população, realizados pelos serviços de saúde, mostram uma redução da existência de infecção. Nos últimos 15 anos os casos positivos oscilaram entre 5,5% e 11,6% da população examinada. Em pouco mais de 4 milhões de exames efetuados no período 2000–2005 foram verificadas prevalências de 7,1% (2000), 6,4% (2004) e 5,5% (2005). A ampliação da cobertura do abastecimento de água e de esgoto baseada em critérios epidemiológicos, aliada a uma maior cobertura médica, contribuíram para uma redução da frequência da enfermidade e de mortes.

A **leishmaniose visceral** ou calazar mostra uma tendência ascendente, com registros de epidemias nas décadas de 1980 e 1990. Em 1999 e 2000 houve um novo aumento de casos (cerca de 4.000 anuais), principalmente na região Nordeste. Em anos recentes, o aumento da existência da leishmaniose em diversas regiões do país pode ser explicado pelas mudanças no padrão da distribuição geográfica da enfermidade, que se expandiu na direção da periferia dos centros urbanos devido ao intenso processo migratório da população rural. Por outro lado, o processo de organização da rede de assistência associada a um melhor diagnóstico e tratamento permitiu uma maior detecção de casos. Em 2004 foram notificados 3.386 casos.

No período 1987–2004 foram notificados de coeficientes de detecção da **leishmaniose tegumentária** americana que oscilaram entre 13,5 por 100.000 habitantes e 23,0 por 100.000. Em 2004 notificaram-se 28.575 casos. As regiões Norte e Nordeste contribuem com o maior número de casos (37% e 33%, respectivamente, do total de casos registrado no período).

Os primeiros casos de doenças causadas por **hantavírus** foram detectados em 1993 em São Paulo. A doença teve sua maior incidência na região Sudeste, nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso. Até 2003 foram registrados 338 casos em 11 estados, com uma letalidade média de 44,5%, e em 2004 se detectaram 159 casos. As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde possibilitaram o estabelecimento da vigilância epidemiológica dessa enfermidade, o desenvolvimento da capacidade diagnóstica dos laboratórios, a divulgação das medidas adequadas de tratamento para reduzir a mortalidade, e o conhecimento sobre a circulação de alguns hantavírus nos roedores silvestres brasileiros, objeto de ações de vigilância eco-epidemiológica.

Doenças imuno-preveníveis

O programa Nacional de Imunização, que completou 31 anos de existência em 2005, proporciona, gratuitamente, vacinas específicas contra mais de 10 doenças, com uma alta cobertura de va-

cinacão de rotina para crianças, adolescentes, adultos e idosos. A execução do programa é descentralizada, com ações em todos os municípios do país. O programa adquire os imuno-biológicos de forma centralizada.

As vacinas contra hepatite B e a vacina SR (viral dupla: sarampo e rubéola) foram introduzidas gradualmente no esquema de vacinação de rotina (Quadro 2) a partir de 1992; a incorporação dessas vacinas em todos os estados foi completada no ano 2000. A vacina contra a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) foi introduzida em 1999 e desde 2002 é aplicada de forma rotineira como vacina tetravalente combinada (DTP + Hib: difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* tipo b). A vacina contra a gripe foi introduzida nas campanhas anuais para a população idosa em 1999.

A cobertura das seguintes vacinas em menores de 1 ano (3,2 milhões de crianças) foi superior a 95% em 2005: BCG (100%), anti-poliomielite e VPO três doses (98%), e três doses de tetravalente (96%). A cobertura com três doses da vacina contra hepatite B ficou em 92%. A cobertura aos 12 meses de idade com a vacina SRP (tríplice viral: sarampo, rubéola e paralisia) foi de 100%. Do total de 5.564 municípios brasileiros, 62% apresentaram coberturas contra DPT3 e tríplice superior a 95%.

QUADRO 2. Esquema básico de vacinação em crianças até 10 anos de idade, Brasil, 2006.

| Idade | Vacinas | Número de doses |
|-----------|----------------------------------------|-----------------|
| Ao nascer | BCG – ID | Dose única |
| | Vacina contra hepatite B | 1ª dose |
| 1 mês | Vacina contra hepatite B | 2ª dose |
| 2 meses | VORH (vacina oral de rotavírus humano) | 1ª dose |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 1ª dose |
| | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 1ª dose |
| 4 meses | VORH (vacina oral de rotavírus humano) | 2ª dose |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 2ª dose |
| | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 2ª dose |
| 6 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | 3ª dose |
| | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 3ª dose |
| | Vacina contra hepatite B | 3ª dose |
| 9 meses | Vacina contra febre amarela(3) | dose única |
| 12 meses | SRC (tríplice viral) | dose única |
| 15 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | Reforço |
| | DTP (tríplice bacteriana) | 1º reforço |
| | DTP (tríplice bacteriana) | 2º reforço |
| 4–6 anos | SRC (tríplice viral) | Reforço |
| | DTP (tríplice bacteriana) | Reforço |
| | SRC (tríplice viral) | Reforço |
| 6–10 anos | BCG – ID(4) | Reforço |
| 10 anos | Vacina contra febre amarela | Reforço |

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de informação do programa Nacional de Imunização. Disponível em.: http://pni.datasus.gov.br/calendario_vacina_Infantil.asp

Em 2003 foi instituído o Comitê Nacional de Preparação contra Pandemia de Gripe. O Plano Nacional de Preparação contra Pandemia de Gripe foi elaborado e implementado em novembro de 2005, e é submetido a constantes revisões. Com base neste plano, os estados da Federação estão definindo suas estratégias locais. O instituto Butantã está desenvolvendo uma vacina contra gripe por vírus H5N1. O país tem uma reserva estratégica de oseltamivir, e estão sendo realizadas outras atividades de preparação e planejamento de respostas no que concerne aos serviços de saúde.

Em 2005 foi tomada a decisão de introduzir a vacina contra o rotavírus no esquema de vacinação desde o começo de 2006. O Brasil é o primeiro país do mundo que introduziu esta vacina no seu esquema de rotina.

As atividades de erradicação do **sarampo** se iniciaram em 1992 no Brasil, e em 1999 em todas as regiões das Américas. Além das atividades de vigilância, a estratégia de vacinação para a erradicação do sarampo incluiu a interrupção rápida da circulação viral na comunidade por meio de uma campanha única maciça dirigida a crianças de 9 meses a 14 anos de idade. A campanha de vacinação maciça executada em 1992 permitiu uma redução do número de casos de sarampo entre 1991 (42.934 casos) e 1993 (2.396 casos). A estratégia de erradicação também prevê alcançar coberturas de vacinação de rotina contra o sarampo de 95%, no mínimo, para manter a interrupção da circulação viral. Para combater o acúmulo inevitável de crianças suscetíveis ao sarampo em cada ciclo sucessivo de nascimentos, considerando a falha em vacinação primária de 5%, torna-se necessário realizar campanhas de vacinação de acompanhamento periódico dirigidas às crianças de 1 a 4 anos. A primeira campanha nacional de acompanhamento foi realizada em 1993. Em 1997 houve uma epidemia importante de sarampo que se iniciou com mais de 50.000 casos notificados e 61 falecimentos. A segunda campanha de acompanhamento foi realizada em todo o país em 1997 e alcançou uma cobertura nacional de 66%; ela foi seguida pelas campanhas de 2000 e 2004, com coberturas de 93%. O número de casos de sarampo diminuiu de 908 em 1999 para 36 em 2000. Desde 2001, a vacina contra o sarampo é administrada aos 12 meses de idade, com uma segunda dose da vacina tríplice viral em idade pré-escolar. Desde 2001, não se registram casos autóctones de sarampo.

Em 1996, a vigilância da **rubéola** foi integrada às ações de vigilância do sarampo, e em 2001 foi estabelecida a vigilância da síndrome de rubéola congênita (SRC). A vacina contra a rubéola foi introduzida em 1992 em alguns estados brasileiros, o que deu lugar à modificação do grupo de idade afetado. Assim, nos casos registrados no período 1999–2002, observa-se uma elevada incidência no grupo de mulheres em idade fértil. Desde 2002, todos os estados do país utilizam a vacina SRP nos esquemas de rotina. Em 2001 o país adotou a estratégia de controle acelerado da rubéola com a vacinação das mulheres em idade fértil. O impacto foi significativo, o que propiciou uma redução importante do nú-

mero de casos de rubéola (233 em 2005) e da síndrome da rubéola congênita (quatro em 2005).

O Brasil foi certificado como livre de **poliomielite** em 1994 (o último caso foi registrado em 1989). Além da vacinação de rotina com a vacina anti-poliomielítica oral (VPO-Sabin), realizam-se anualmente duas campanhas nacionais com altas coberturas (95% na primeira e segunda etapa da campanha em 2005). Em 2005 a cobertura de rotina em menores de 1 ano foi de 98%. A vigilância das paralisias flácidas agudas (PFA) é realizada rotineiramente. A investigação oportuna de todos os casos suspeitos foi superior a 80%, mas a obtenção oportuna de amostras de fezes dos pacientes com PFA foi em torno de 70% nos últimos três anos. Em 2002 começou-se a elaborar o Plano Nacional de Contenção do Vírus da Pólio Selvagem nos laboratórios. As atividades de contenção foram iniciadas em 2003, quando se realizou uma pesquisa nacional de 289 laboratórios de maior risco em 173 instituições do país. Seguindo as novas instruções da OMS (2005), o país optou por refazer a pesquisa nacional para avaliar todos os laboratórios ativos no país.

A incidência do **tétano neonatal** diminuiu progressivamente durante mais de uma década: 66 casos em 1999, 34 em 2000, 15 em 2003, 14 em 2004, e 10 em 2005. No entanto, continuam sendo registrados casos, principalmente em zonas de baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços de assistência básica de saúde. Em 1992 entrou em funcionamento O Plano de Erradicação do Tétano Neonatal, e foi fixada como meta uma incidência de tétano neonatal menor de 1 por 1.000 nativos. A partir do ano 2000, algumas estratégias para a vigilância epidemiológica nos municípios pequenos foram redefinidas. A cobertura de vacinação com Td (toxóide tetânico e diftérico) para mulheres em idade fértil está abaixo da meta nacional e são necessários esforços adicionais para garantir a proteção deste grupo da população. Em 2005, 74% dos municípios do país apresentaram coberturas com duas doses de vacina antitetânica nas grávidas, menos que 50%. A incidência de outras formas de tétanos se manteve nos últimos anos, com a notificação de 439 (2000) e 420 casos (2005). A grande maioria dos casos ocorreu em homens (81%).

A incidência de **coqueluche** se manteve nos últimos anos, com um total de 764 casos em 2000 e 1.328 em 2005. As formas mais graves foram registradas em menores de 1 ano, em quem se observa também a taxa de mortalidade mais alta. O número de casos de **difteria** diminuiu de 46 casos confirmados em 2000 para 27 em 2005.

Em 1999 notificaram-se 1.358 casos de **meningite** por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), dos quais 617 (45%) corresponderam a menores de 1 ano. Com a introdução da vacina contra a Hib nesse ano, os casos se reduziram para 153 em 2000; o grupo mais afetado foi também o de menores de 1 ano (43%). Em 2005 notificaram-se somente 108 casos de meningite por Hib.

O sistema de vigilância epidemiológica das **hepatites virais** consiste na notificação obrigatória dos casos confirmados de hepatites B e C. Desde 2004 está sendo desenvolvida uma investi-

gação sero-epidemiológica em zonas representativas das cinco regiões do país, que busca estimar a frequência da hepatite A (IgG anti-VHA) no grupo de 5 a 19 anos, hepatite B (IgG anti-HBc, HBsAg, anti-HBs) e hepatite C (anti-VHC e VHC ARN) em maiores de 9 anos (10–19 anos e 20–69 anos).

Doenças crônicas transmissíveis

A **tuberculose** constitui um problema prioritário de saúde pública no Brasil, que afeta as populações mais pobres e nas idades mais produtivas da vida. Ao analisar uma série de 10 anos (1993–2004), observa-se que a tendência da incidência desta enfermidade parece bastante estável, com discreta diminuição da tuberculose em todas as suas formas. Nos estados do Rio de Janeiro e do Amazonas foram registradas as incidências mais elevadas em 2004: 94,5 e 70,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. Em 2004 se registraram 91.855 casos, com uma taxa de incidência de 45,2 por 100.000 habitantes. Deles, 88,1% (80.960) eram casos novos de tuberculose em todas as suas formas e, destes, 84,9% (68.744) eram casos pulmonares, e 62,5% (42.972) casos pulmonares com baciloscopia positiva. A existência estimada foi de 50 milhões de infectados, aproximadamente 111.000 casos novos e em torno de 6.000 falecimentos ao ano. A tuberculose polifarmaco-resistente não constitui um problema importante no país. A tuberculose se apresenta como infecção oportunista em 15,2% dos casos de AIDS em cerca de 8,0% dos casos de tuberculose soropositivos ao HIV. No Plano de Ação 2004–2007 foi estabelecida, como meta, a implantação da estratégia de tratamento breve sob observação direta (DOTS) nos 370 municípios prioritários, que representam mais de 70% da carga de tuberculose do país. A estratégia DOTS começou a ser aplicada em 1997 em áreas piloto da região Centro-Oeste, mas a cobertura avançou lentamente. Não obstante, a cobertura populacional desta estratégia registrou um aumento progressivo nos últimos anos, ao passar de 3% em 1998 para 52% em 2004. Nos municípios prioritários, a cobertura com a estratégia DOTS alcança em torno de 70% da população.

Apesar dos avanços realizados nos últimos anos, a **hanseníase** continua sendo um problema relevante, com uma frequência de 4,9 casos por 10.000 habitantes em 1998 e 78.000 doentes registrados. No mesmo ano, foram diagnosticados 42.055 novos casos (taxa de detecção de 2,6 casos por 10.000 habitantes). As regiões Norte e Centro-Oeste se mantiveram na situação hiperendêmica (mais de quatro casos novos por 10.000 habitantes), a região Nordeste notificou o maior número absoluto de enfermos (25.267) e de casos novos detectados (14.015). A partir de 2004, O Brasil iniciou o cálculo da existência de ponto (a proporção de indivíduos em relação a uma população que sofre da doença em um dado momento) e no de casos com registro ativo, como se calculava até 2003. Perto do final de 2005 a frequência registrada foi de 1,48 por 10.000 habitantes (27.313 doentes em tratamento) e um coeficiente de detecção de 2,1 por 10.000 habitantes (38.410

novos casos detectados). Apesar da redução na frequência observada no período 1985–2005, de 19,0 para 1,48 por 10.000 habitantes, a hanseníase ainda representa um problema de saúde pública que exige a intensificação das ações para acelerar sua erradicação.

Infecções respiratórias agudas

As infecções respiratórias agudas se encontram entre as principais causas de mortalidade de crianças menores de 5 anos. As **pneumonias bacterianas** não são de notificação obrigatória no Brasil, ainda que sua vigilância epidemiológica tenha sido reforçada. Está sendo aplicado um sistema de vigilância de controle de doenças pneumocócicas invasivas. De acordo com os dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), de janeiro de 2005 a março de 2006 as pneumonias representaram aproximadamente 6% do total de internações, 21,5% delas correspondentes a menores de 5 anos, e 6,5% a maiores de 60 anos. Dados da rede de vigilância de infecções pneumocócicas do Sistema Regional de Vacinas (SIREVA) correspondentes a 2005 documentam que em amostras de *Streptococcus pneumoniae* isoladas de pneumonia em crianças menores de 6 anos os sorotipos circulantes mais frequentes foram 14, 1 e 6B. No entanto, estes dados não são representativos de todo o país. A proporção de amostras de *S. pneumoniae* com resistência intermediária ou total à penicilina aumentou de 10,2% para 27,8% entre 1993 e 2004.

HIV/AIDS e outras infecções de transmissão sexual

No Brasil, a AIDS afeta principalmente aos usuários de drogas inoculáveis e aos homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH) e, no início da década de 1980, a receptores de transfusões sanguíneas ou hemoderivados. Nos últimos anos, as taxas de incidência se mantiveram ainda em um índice elevado (19,2 casos por 100.000 habitantes) devido à sustentada tendência ao aumento de casos em crianças. Observa-se, entre os homens, a estabilidade na proporção de casos por transmissão homo-bi-sexual, aumento proporcional na forma heterossexual, e redução importante e persistente de casos em usuários de drogas injetáveis. O número médio de casos de AIDS registrados anualmente oscilou entre 25.000 e 30.000 segundo a origem e a fonte dos dados. Acumularam-se 400.000 casos notificados desde o início da epidemia e foi estimado em mais de 600.000 o número de pessoas que vivem com o HIV/AIDS. As taxas de mortalidade aumentaram até meados da década de 1990, estabilizando-se em cerca de 11.000 falecimentos anuais desde 1998. A política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, que combina medicamentos com diferentes formas de ação no esquema denominado Terapia Anti-retroviral de Alta Eficácia (HAART, de acordo com sua sigla em inglês), produziu uma redução importante da mortalidade. Cabe assinalar o crescimento persistente de casos de AIDS nas mulheres e nos negros e mula-

tos de ambos os sexos entre 1998 e 2004, o que põem em evidência a desigualdade no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas social e economicamente.

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças nutricionais e do metabolismo

A Pesquisa Periódica de Orçamento Familiar (POF 2002–2003) do IBGE (31, 32) indicou que a existência de **déficit de peso** no país (excluído o norte rural) caiu de 6,8% em 1989 para 5,4% nesse período entre as mulheres e de 3,8% para 2,8% entre os homens. No mesmo período, a existência de **sobrepeso e obesidade** entre os homens aumentou de 29,5% para 41,0% e de 5,1% para 8,8%, respectivamente, enquanto que entre as mulheres o sobrepeso caiu discretamente de 40,7% para 39,2%, e a obesidade se manteve praticamente igual: de 12,8% para 12,7%.

No período 2002–2003, foi realizada uma pesquisa nacional em 15 capitais, mediante amostra domiciliar, para identificar os fatores de risco da população de 15 ou mais anos (33). A análise de sobrepeso e de excesso de peso (índice de massa corporal [IMC] $\geq 25\text{kg/m}^2$) mostrou uma existência um pouco maior nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (9,8%, 9,7% e 8,4%, respectivamente) do que nas regiões Norte e Nordeste (7,8% e 6,8% respectivamente). Os dados da Pesquisa Periódica de Orçamento Familiar de 1974, 1989 e 2003, mostram que a prevalência de obesidade aumenta em todas as regiões do país, tanto nas zonas rurais como nas urbanas, e apesar de que esse aumento seja maior nos homens, as mulheres apresentam cifras de obesidade maiores. Com relação à inatividade física, a proporção de indivíduos classificados como insuficientemente ativos foi maior em João Pessoa (Paraíba) (54,5%) e menor em Belém (Pará) (28,2%), e não se observou nenhum padrão característico entre as regiões. As mulheres apresentaram maior frequência de inatividade física do que os homens. No grupo de 15 a 24 anos foi observada a maior frequência da atividade física.

Doenças cardiovasculares

As doenças do sistema circulatório constituíram a principal causa de morte para ambos os sexos (284.685 falecimentos em 2004, 28% da mortalidade geral). As doenças **cerebro-vasculares** foram a causa mais frequente de falecimento no país (10,1% da mortalidade geral), as **doenças isquêmicas** do coração foram a segunda causa (9,7% da de mortalidade no geral). A análise do período 1990–2003 mostrou uma tendência para a diminuição nas taxas de mortalidade por doenças do sistema circulatório. O risco de morte por doenças cérebro-vasculares e doenças isquêmicas do coração se reduziu nos últimos 15 anos em todos os estados brasileiros em ambos os sexos, exceto nos estados de Per-

nambuco e Mato Grosso, onde existe uma tendência significativa para o aumento do risco.

Neoplasias malignas

Em 2003 foram registrados 134.683 falecimentos por tumores malignos. As principais causas de morte por câncer nas mulheres foram: o câncer de mama (15%), seguido pelo câncer de traquéia, brônquios e pulmão (9%), em terceiro lugar, o carcinoma de colo de útero (6,8%). Nos homens a primeira causa foi o câncer de traquéia, brônquios e pulmão (15%), seguido pelo câncer de próstata (12%) e do estômago (11%).

A taxa bruta de mortalidade por neoplasia do colo de útero em 2003 foi de 4,7 para 100.000 mulheres. A tendência de risco de morte se manteve estável para as mulheres entre 30 e 59 anos e aumentou de modo estatisticamente significativo entre as mulheres de 60 ou mais anos no período de 1980–2003. A análise da mortalidade por câncer cérvico-uterino apresenta um fator limitador, que é o elevado número de casos de tumores de útero codificados como de parte não especificada, que alcançou 29% e em alguns estados chegou a representar 50% dos casos de câncer de útero. A taxa bruta de mortalidade por câncer de mama em 2003 foi de 10,4 para 100.000 mulheres. A tendência do risco de mortalidade por esta causa no período 1990–2003 mostrou um aumento significativo em todos os grupos de idade, com exceção do grupo entre 60 a 69 anos. A região Sul apresentou as maiores taxas.

A taxa bruta de mortalidade por câncer de traquéia, brônquios e pulmão em 2003 foi de 9,3 por 100.000 habitantes. Os riscos de morte entre os homens são sempre superiores ao das mulheres em todo o território nacional. Nos homens, o risco de mortalidade no período 1990–2003 permaneceu estável no grupo entre 30 e 49 anos, com valores mais baixos (em torno de 4 por 100.000 habitantes), caiu de modo significativo no grupo entre 50 e 59 anos, estabilizou-se no de 60 a 69 anos, e cresceu de modo significativo no de mais de 70 anos. Nas mulheres se observou um risco crescente em todos os grupos de idade.

OUTRAS DOENÇAS OU PROBLEMAS DE SAÚDE

Desastres

Segundo dados do Relatório GEO Brasil 2002 (34), os desastres naturais mais comuns no período 1991–2001 foram: estiagem 55,1%; seca 19,9%; inundações bruscas 20,6%; inundações graduais 1,7%; vendavais ou tormentas 0,9%; vendavais intensos ou ciclones extra-tropicais 0,3%, e incêndios florestais 0,4%, além de tempestades de granizo, alagamentos e outros, 1,0%.

Vícios

A pesquisa nacional para identificar os fatores de risco da população de 15 anos e mais, realizada em 2002–2003 (13) desco-

briu que a maior frequência de consumo regular de cigarros foi verificada em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) (25,2%) e a menor em Aracajú (Sergipe) (12,9%). Das oito cidades com maiores prevalências, sete se situavam nas regiões Sul e Sudeste do país. Em todas as cidades estima-se que a prevalência de fumantes seja maior entre os homens. Estas diferenças por gênero foram estatisticamente significativas em todas as cidades das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com exceção da cidade de Natal (Rio Grande do Norte). No grupo de 15 a 24 anos a prevalência do tabagismo variou de 6,8% em Aracajú a 24,1% em Porto Alegre. No grupo de 25 anos e mais a maior prevalência foi observada em Porto Alegre (25,6%) e a menor em Aracajú (15,5%). No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, a proporção de indivíduos que notificaram ter consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias variou de 32,4% em João Pessoa a 58,6% em Florianópolis (Santa Catarina).

Saúde oral

O Ministério da Saúde, com a participação de instituições acadêmicas e de serviços de saúde, concluiu em 2003 uma pesquisa nacional ampla e completa de saúde bucal, que mostrou os seguintes resultados: um índice de cáries dentais elevado nos maiores de 12 anos; de cada quatro idosos, três não têm sequer uma peça funcional; menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam gengivas sãs; a frequência de cáries resultou em 49% maior nos municípios que não têm água fluorada. Com base nos resultados desta investigação, o Ministério da Saúde lançou o programa “Brasil Sorridente”, que prevê um aumento importante do número de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), a adição de flúor à água potável em 2.000 municípios e a construção de centros de especialidades odontológicas. Em 2004 foi registrado um aumento de 67,3% na quantidade de equipes de saúde bucal distribuídas em 2.944 municípios (35).

RESPOSTA DO SETOR DE SAÚDE

Políticas e planos de saúde

A política nacional de saúde está baseada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e as diretrizes para a assistência de saúde no Brasil, prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, regulamentado em 1990 (36), tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de Governo (federal, estadual e municipal), com a participação complementar da iniciativa privada. O SUS tem como diretrizes operacionais a descentralização da gestão, a integralidade da assistência e a participação da comunidade. Por disposição constitucional, as ações do Governo Fe-

deral devem ser desenvolvidas segundo planos plurianuais (PPA) de quatro anos, aprovados pelo Congresso Nacional.

O PPA 2004–2007 define as Iniciativas Prioritárias do Governo Federal para o quadriênio, com as seguintes prioridades na área da saúde: 1) segurança fitozoosanitária; 2) investimento em ciência, tecnologia e inovação, para promover a substituição competitiva de importações nas áreas estratégicas; 3) saneamento; 4) farmácia popular; 5) qualificação da assistência sanitária do Sistema Único de Saúde (QualiSUS); 6) monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos aos estados, municípios e às instituições, na estrutura do SUS; 7) regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece o envio de recursos para o SUS; 8) saúde bucal (através do programa “Brasil Sorridente”); 9) saúde mental; 10) saúde da mulher; 11) controle da hanseníase e da tuberculose; 12) transplante de órgãos; 13) serviço civil profissional em saúde; 14) maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imuno-biológicos e fármacos; 15) saúde indígena; 16) aprovação do Plano Nacional de Saúde; 17) qualificação da gestão e regularização do SUS, e 18) melhoria da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

O SUS se estabeleceu imediatamente depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, para assegurar o acesso universal e igualitário à assistência de saúde. A reorganização institucional se enquadrou na regulamentação legal (1990) e o processo de descentralização foi regulamentado por normas operacionais básicas (NOB) aprovadas nas instâncias colegiadas da Direção Nacional do Sistema: a Comissão de Intergestão Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Em 2006 foi definido um novo instrumento de compromisso, o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão” (37), resultado de um longo processo de negociação entre os gestores iniciado em 2003. O Pacto, aprovado pela CIT e pelo CNS em fevereiro de 2006, estabelece uma nova dinâmica nas relações de intergestão do SUS e introduziu mudanças nos processos de articulação entre os níveis federal, estadual e municipal do governo, e incluem: 1) A substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso da Gestão; 2) A regionalização solidária e cooperativa como eixo estrutural do processo de descentralização; 3) A integração de várias formas de utilização dos recursos federais; e 4) A unificação dos diferentes pactos pré-existentes (Pacto da Assistência Básica, da Vigilância, e outros acordos).

Para assegurar a articulação das ações do SUS nas três esferas de gestão governamental, duas instâncias de negociação e pactos funcionam regularmente: no âmbito estadual, a comissão de Intergestão Bipartite, com representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e no âmbito nacional, a Comissão de Intergestão Tripartite, com representação paritária do Ministério da Saúde e dos Conselhos Nacional de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde (COMAS e COMASEMS). Os acordos alcançados nessas comissões são formalizados no nível de

esfera de gestão correspondente. A participação social no SUS se manifesta principalmente nas duas instâncias formais: os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos, que têm caráter permanente, definem as estratégias e controlam a execução da política sanitária, incluindo-se os aspectos econômicos e financeiros. As conferências são convocadas a cada quatro anos, com ampla participação de todos os segmentos sociais interessados. Nelas se analisam os progressos na situação da saúde e onde são propostas diretrizes para as políticas públicas do setor. Os conselhos e as conferências contam com representação das instâncias governamentais, dos prestadores de serviços, dos profissionais da saúde e dos usuários, estes dois últimos com participação paritária em relação ao conjunto dos outros dois setores (38). Em Dezembro de 2003 se realizou a 12.^a Conferência Nacional de Saúde, que formulou recomendações sobre uma ampla variedade de temas de interesses do SUS (39).

Os conselhos de saúde estão organizados nos três níveis de governo e foram estabelecidos com a finalidade de comprovar o funcionamento dos conselhos estaduais e municipais durante o processo de descentralização e as consequentes condições de transferência regular e automática de recursos financeiros federais (40). O Conselho Nacional de Saúde estabeleceu diretrizes para a organização dos conselhos estaduais e municipais de saúde (41) e em 1999 definiu também as normas de capacitação dos membros (42) para o que difundiu vários documentos destinados a orientar a participação social e a representação nos conselhos, principalmente no âmbito municipal. Em 2005 foram aprovadas as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS, que incluem a formação de conselheiros de saúde, as iniciativas relacionadas com políticas e estratégias de formação permanente, e a comunicação e informação sanitária para toda a população (43).

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de promover o processo de regionalização das redes de assistência sanitária, assegurando a capacidade resolutive do sistema público de saúde. Para isso, propõe e acorda diretrizes e normas gerais sobre a regularização, observando as normas vigentes e os acordos na CIT. Compete também a ele cooperar técnica e financeiramente com as regiões da saúde, por intermédio dos estados e dos municípios, dando prioridade às regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade entre as regiões e os estados.

O controle do exercício das distintas profissões dedicadas à assistência da saúde é atribuição dos conselhos profissionais, que mantêm delegações regionais com jurisdição em cada estado da Federação. Os conselhos são entidades públicas não estatais, criadas por lei, e com autonomia para supervisionar os aspectos éticos e legais do exercício profissional em cada especialidade dentro de sua respectiva jurisdição. O exercício das profissões de saúde também está sujeito à regulamentação federal de vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde definiu critérios de regulamentação, fiscalização e controle de toda a produção de bens e serviços no

setor sanitário. A regulamentação se exerce principalmente no âmbito das ações de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares, nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) e sobre o acesso dos usuários à assistência nesses níveis. A estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde se baseia nos denominados “complexos reguladores”, que organizam de maneira articulada e integrada o conjunto de ações de normalização do acesso à assistência (centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais), procurando adequar a oferta de serviços da Saúde às necessidades realmente existentes (44).

Desde 1995 se executa o Programa Brasileiro de Credenciamento Hospitalar (45), que avalia os serviços com normas definidas na esfera federal (46). A assistência prestada pelos planos privados está sujeita, desde 1998, a critérios de regulamentação, normalização, controle e fiscalização, estipulados na legislação específica (47). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora a evolução dos preços dos planos privados, assim como a seus prestadores e aos insumos utilizados, autoriza operações empresariais de subdivisão, fusão, incorporação, modificação ou a transferência do controle acionário, e supervisiona a articulação com as entidades de defesa do consumidor (48).

Desde que se iniciou a regulamentação estatal foram introduzidas mudanças importantes no setor, que tiveram impacto sobre a dinâmica da indústria de planos privados de assistência sanitária, assim como sobre as estratégias competitivas. Um estudo recente mostrou uma redução de 17%, entre 2000 e 2003, no número de empresas de “medicina de grupo”, que funcionam como um sistema de pré-pagamento, e de 23% no âmbito das empresas de autogestão. No mesmo período, o número de seguradoras registradas aumentou de 4 para 14, o de administradoras, de 28 para 37 (32%). O controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços de interesse da saúde, processos, insumos e tecnologias, são exercidos pelos órgãos federais, estaduais e municipais que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O Ministério da Saúde coordena o sistema por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (49), cuja esfera de atuação inclui o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

As atividades de inspeção sanitária se descentralizam na direção dos governos estaduais e municipais, que participam da análise técnica dos processos de registro dos produtos. O Ministério da Agricultura centraliza o registro e a inspeção industrial de produtos de origem animal, de bebidas, praguicidas e drogas de uso veterinário. Os produtos agrícolas de exportação estão sujeitos à fiscalização direta do governo Federal.

Os setores sanitários e da agricultura têm redes próprias de laboratórios para apoiar as ações de controle dos alimentos. Quanto à política ambiental, esta está fundamentada em uma legislação específica (50) e na Constituição de 1988, que estabeleceu o Sistema Nacional para o Meio Ambiente, como instância consultiva e deliberativa (51), como órgão executivo, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (52).

Estratégias e programas de saúde

Em 2004 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS) (53). O PNS explicita as diretrizes para a ação do sistema no período 2004–2007, relacionadas com: 1) a reorganização da assistência da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso a uma assistência integral e fortalecer a capacidade de regulamentação do sistema; 2) as condições de saúde, ao definir diversas ações de prevenção e controle das doenças de maior existência, e ações orientadas para oferecer proteção adequada aos grupos mais vulneráveis (saúde da mulher e da criança, jovens e adolescentes, idosos, populações negras e indígenas, pessoas com incapacidade, trabalhadores, população carcerária), assim como incrementar as ações estratégicas (saúde bucal, saúde mental, alimentação saudável, controle das doenças transmissíveis, e vigilância ambiental); 3) A gestão na saúde, incluídos o melhoramento do acesso e da qualidade da assistência, a sustentabilidade do financiamento, o fortalecimento dos processos de participação social e de práticas de gestão participativa, assim como do monitoramento, da avaliação e do controle das ações de saúde e dos recursos financeiros utilizados pelo SUS, e também o reforço de sua projeção internacional. O PNS determina também a elaboração de um Plano Nacional de Investimento em Saúde, com tendência a obter uma maior capacidade resolutiva da rede de serviços e a reduzir as desigualdades regionais.

Organização do sistema de saúde

O setor saúde é formado por uma rede complexa de serviços que envolvem provedores e financiadores ligados ao setor público e ao setor privado. Este último inclui provedores com fins lucrativos e organizações beneméritas sem fins comerciais. O sistema privado de planos e seguros de saúde oferece cobertura a 24,5% da população (54), 44% dela como titulares de planos de saúde e 56% como dependentes. A maioria de sua clientela reside nas cidades das regiões Sudeste e Sul. A expansão deste subsistema foi muito acentuada durante a década de 1990, especialmente nos cinco anos finais.

Ao setor público de saúde, de acesso universal, compete a cobertura exclusiva com serviços assistências de 75% da população, além da oferta universal dos serviços coletivos (vigilância epidemiológica e sanitária, controle de doenças transmissíveis, etc.). Parte da população coberta pelos planos de saúde também utilizam os serviços do SUS, especialmente procedimentos ou tratamentos mais complexos ou de mais alto custo (transplantes, HIV/AIDS, fornecimento de materiais farmacêuticos). A prestação de serviços de saúde do SUS se realiza mediante as redes dos governos federal, estadual e municipal, assim como por estabelecimentos privados contratados, quer sejam esses com fins lucrativos ou não. O SUS é constituído por subsistemas em todos os estados (SUS estadual) e cada município (SUS municipal). A legislação atribui aos municípios a responsabilidade primordial de prover ações e serviços de saúde para a assistência das necessida-

des sanitárias de suas respectivas populações, com a cooperação técnica e financeira tanto federal como estadual. A direção nacional do SUS corresponde ao Ministério da Saúde, que executa funções reguladoras e de coordenação no âmbito nacional, e que também tem participação primordial no financiamento do sistema. O Ministério da Saúde mantém algumas estruturas executivas próprias nas áreas de ensino, investigação, assistência terciária e prestação de serviços especiais, tais como a assistência de saúde aos indígenas. Outros setores do governo federal também prestam serviços de saúde, em particular cabe destacar a rede de hospitais universitários, as dependências de saúde do Ministério da Educação e as unidades próprias das Forças Armadas. O SUS executa funções permanentes de coordenação, planejamento, articulação, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que são inerentes aos três níveis de Governo.

Serviços de saúde pública

Desde meados da década de 1990 houve o impulso para o fortalecimento da assistência básica (primeiro nível de assistência do sistema) como estratégia para reduzir a desigualdade de acesso e estimular a reorientação da assistência na estrutura de um modelo universal e integral, que antes estava excessivamente centrada na assistência hospitalar. Os mecanismos mais importantes utilizados para expandir a cobertura e reduzir as desigualdades inter-regionais foram os chamados Piso de Assistência Básica (PAB) o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PAB é uma estratégia para a alocação de recursos destinados à assistência básica, ligada ao desenvolvimento das ações previamente definidas e ao cumprimento de metas negociadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Os municípios assumem a responsabilidade de assegurar à população uma série de ações de assistência básica. Para isso, recebem uma dotação de fundos transferida pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, repassando as dotações de recursos mediante o pagamento por produção. O mais importante dos incentivos está associado à implementação do PSF, programa lançado em 1994, que incorpora e amplia uma iniciativa anterior centrada na atuação de agentes comunitários de saúde. O PSF oferece assistência integral de saúde a uma população definida, em um território determinado, mediante a inscrição de pacientes em uma equipe multi-profissional, composta pelo menos por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (em proporção de um agente para um máximo de 150 famílias, ou seja, 750 pessoas). Cada equipe de saúde deve ser responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.000 famílias. A preparação dos profissionais é realizada em pólos de capacitação, formação e educação estabelecidos em todas as regiões do país e inclui o estímulo à promoção de ações intersetoriais para intervir sobre as condições de produção da saúde.

Em 2005, o PSF estava presente em 4.837 municípios brasileiros, com 22.683 equipes de saúde familiar que atendiam a apro-

ximadamente 73 milhões de pessoas (40% da população). No seu âmbito de atuação têm prioridade as áreas não cobertas pela rede pré-existente, de modo que sua cobertura varia muito de uma jurisdição para outra. O programa também aplica estratégias diferenciadas nas zonas mais pobres e de menor cobertura, particularmente na zona rural da Amazônia Legal e nos municípios de menos de 30.000 habitantes e IDH igual ou inferior a 0,7.

Desde 2002, o Ministério da Saúde, junto com a OPAS, está trabalhando no planejamento e na aplicação de um modelo de qualificação das equipes do programa de saúde da família, com o objetivo de articular a dimensão da qualidade nos princípios do PSF (territorialização, integralidade e continuidade, responsabilidade e vínculo, equipes multiprofissionais e estímulo à participação social) e suas linhas de ação. Também são incorporadas as dimensões de estrutura, processo e resultado, considerando os fatores contextuais relevantes. Para conhecer o grau de satisfação dos usuários são utilizados diversos mecanismos, tais como pesquisas e investigações, além da informação obtida nos espaços de participação social do SUS (conselhos e conferências de saúde).

Desde 2004, por intermédio do programa Brasil Sorridente, foram destinados recursos para ampliar as equipes de saúde bucal e estabelecer centros de especialidades odontológicas. Em 2005 funcionavam 137 centros em 86 municípios de 21 estados.

Outro incentivo financeiro específico importante se relaciona com a provisão da assistência farmacêutica básica mediante mecanismos de financiamento tripartite. O Governo Federal transfere para as instâncias sub-nacionais recursos de um valor de R\$ 1,00 por habitante ao ano, que se destinam à aquisição de medicamentos essenciais para o atendimento básico, e os estados e municípios fornecem o valor correspondente. Para os municípios integrantes do Programa Fome Zero o valor deste incentivo é de R\$ 2,00. O Programa Fome Zero inclui distintas ações e uma das mais importantes é a Bolsa Família.

Também os sistemas de vigilância epidemiológica recebem incentivos financeiros para as ações de identificação e luta contra as doenças transmissíveis e de vigilância sanitária. Todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças estão atualmente reunidas em uma área do Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS).

Com o processo de descentralização, os municípios passaram a assumir grande parte da execução das ações de vigilância em saúde. Aos estados compete a coordenação e supervisão, além da execução, das ações em caráter suplementar ou complementar. A normalização e a coordenação nacional estão a cargo da instância federal (55).

Compete à Secretaria de Vigilância em saúde a coordenação da gestão do sistema de Vigilância Nacional Epidemiológica, do Sistema de Vigilância Nacional Ambiental em Saúde, incluído o ambiente de trabalho, do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e ambiental da saúde, dos Sistemas de Informação Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunização (PNI). É tam-

bém responsável pela elaboração e difusão de informações sanitárias que ajudam a estabelecer prioridades, monitorar a situação da saúde do país, e avaliar o impacto das ações de prevenção no controle das doenças.

Os governos municipais são responsáveis pela gestão das ações de saneamento básico, mas na maioria das localidades são as companhias estaduais de saneamento que prestam os serviços. O Governo Federal cumpre uma função preponderante no financiamento do sistema, ao destinar recursos do orçamento regular e oferecer linhas de crédito. O sistema de saúde realiza também ações de saneamento básico em pequenas localidades, na maior parte das vezes associadas ao controle de vetores, na estrutura da luta contra endemias. A FUNASA realiza obras de saneamento nas localidades de até 30.000 habitantes, nas zonas rurais e indígenas e na periferia das Grandes cidades com índices críticos de qualidade de vida. As ações de prevenção e controle de doenças de interesse em saúde pública se ajustam às normas estabelecidas pelas estruturas técnicas especializadas do Ministério da Saúde, sob a forma de planos e programas executados pelas instâncias municipais e estaduais do SUS.

Segundo o relatório nacional de acompanhamento das ODM (56), o Brasil ainda apresenta insuficiências e desigualdades tanto no que se refere às condições de moradia e seus serviços como à distribuição dos serviços. A proporção de população urbana com conexão à rede geral de abastecimento de água passou de 88,3% em 1992 para 91,3% em 2002. Na zona rural, o acesso à rede geral de água melhorou, mas continua restrito, passando de 12,3% em 1992 para 22,7% em 2002. Em muitas localidades, a qualidade da água e a regularidade do serviço são precárias devido às intermitências na distribuição ou às deficiências no tratamento.

Em relação ao esgoto sanitário, a proporção da população urbana atendida pela rede geral ou por fossa séptica passou de 65,9% em 1992 para 75,9% em 2002. Estes serviços são mais escassos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nas zonas rurais a cobertura pela rede geral ou por fossa séptica aumentou de 10,3% em 1992 para 16,0% em 2002. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB 2000), realizada pelo IBGE (57), revela um panorama ainda pior, de que 70% do esgoto coletado não somente não recebe nenhum tratamento, mas também que é diretamente vertido nos mananciais e contribui, dessa maneira, para a deterioração das condições ambientais do local.

Dados da mesma pesquisa (57) mostraram que a deposição final de resíduos sólidos é também inadequada: 64% dos municípios ainda depositam seus resíduos a céu aberto, prejudicando consideravelmente a eficiência das políticas de outros setores, entre elas o da saúde. A existência de grande quantidade de áreas potencialmente contaminadas é reconhecida. A extensão e complexidade de potenciais riscos ambientais associados com esta situação incluem: degradação do meio ambiente, maior incidência de doenças, perda de biodiversidade, e restrições no uso da água e do solo; todas elas ocasionando prejuízos econômicos e sociais.

Nas zonas rurais o uso de agrotóxicos aumentou 2,5 vezes nos últimos quatro anos.

Em 1999 houve a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (58), cujos objetivos são garantir a qualidade dos alimentos destinados ao consumo humano e promover práticas saudáveis de alimentação, assim como prevenir e controlar os transtornos nutricionais. Entre as principais iniciativas sociais do atual governo se encontra o programa “Fome Zero”, criado para fortalecer as ações dirigidas no sentido de assegurar uma alimentação adequada para toda a população e ajudar a reduzir a pobreza. O programa busca combater as causas da fome por meio de iniciativas complementares tais como a mobilização da sociedade civil, a geração de emprego e renda, o acesso a alimentos e programas de emergência para os grupos mais vulneráveis. Neste contexto, foi lançado, em 2003, o programa “Bolsa Família”, que passou a ser o eixo dos atuais esforços para aliviar a fome e a pobreza mediante um sistema de transferência de recursos às famílias mais necessitadas; desta forma, procura-se assegurar a elas o acesso a direitos básicos tais como a alimentação, a saúde, a educação e a assistência social. A Bolsa Família se propõe a alcançar a 11,2 milhões de famílias pobres com benefícios monetários em 2006. Como parte do programa “Fome Zero”, o Programa de Alimentação e Segurança Nutricional desenvolve ações que incluem a compra de bens produzidos por pequenos agricultores, o estabelecimento de restaurantes populares com preços acessíveis para os pobres, o melhoramento da merenda escolar oferecida nas escolas públicas. Um programa similar subsidia as famílias que se comprometem a que seus filhos pequenos ou adolescentes não continuem realizando as piores formas de trabalho infantil e assegurem sua frequência à escola. O programa para a Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) assiste a aproximadamente 980.000 crianças.

Serviços de assistência às pessoas

O acesso aos serviços de saúde parece estar assegurado para a ampla maioria da população brasileira. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD 2003), 98% das pessoas que informaram ter buscado a assistência de saúde no período de referência declararam haver conseguido a assistência solicitada (48). Este percentual foi ligeiramente inferior para a população com recursos de até um salário mínimo (97%) e superior na faixa com recursos superiores a 20 salários mínimos (99,5%). Por outro lado, a Pesquisa de Saúde Mundial da OMS de 2003 revelou que existe uma elevada insatisfação (57,8%) dos usuários com os serviços providos pelo sistema de saúde do país, tanto públicos como privados. No entanto, existem diferenças nas avaliações realizadas pelos usuários dos planos de saúde e das dos usuários do SUS: dos que utilizam planos privados, 72% declararam estar insatisfeitos frente a 53,3% de insatisfação entre os usuários do SUS. A organização de serviços de saúde é marcada pela forte presença do setor privado na oferta de serviços

hospitalares e de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ao mesmo tempo, pela presença importante do setor público na oferta de serviços ambulatoriais (59).

A rede de assistência à saúde tinha, em 2002, 71% de seus estabelecimentos (46.428) destinados a atendimento ambulatoriais (sem internação). Destes, 76% (35.086) pertenciam à rede pública e 73% (33.747) às redes municipais. Menos de 15% (1.619) dos estabelecimentos privados sem internação estavam contratados pelo SUS. A rede municipal assegura assistência básica e a maior parte daquela de média complexidade, e é formada por pequenas unidades de saúde (centros e postos de saúde).

Em 2002 havia 7.397 hospitais, dos quais 4.809 pertenciam ao setor privado e 70% destes prestavam serviços ao SUS (60). Aproximadamente 95% dos estabelecimentos de apoio ao diagnóstico e tratamento (laboratórios de análise clínica, clínicas radiológicas, etc.) eram privados, e desses, apenas 35% prestavam serviços ao SUS. O total de leitos disponíveis para a internação em estabelecimentos de saúde em 2002 foi de 471.171: 146.319 (31%) correspondiam a estabelecimentos da rede pública e 324.852 da rede privada. Mas o SUS proporciona, além dos leitos públicos, 83% dos privados, o que permite dizer que cerca de 88% dos leitos existentes no país estão registrados para utilização pelo sistema público universal. A assistência hospitalar do SUS registrou cerca de 13 milhões de internações em 2005, com uma permanência média de 5,9 dias.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) está presente em 22 dos estados da Federação e tem 540 estabelecimentos de saúde e 1.338 equipes médicas autorizados pelo sistema para realizar estes procedimentos. A realização de transplantes pelo SUS apresenta um crescimento constante: Em 2004 o SUS custeou 13.000 Transplantes de órgãos e tecidos.

A assistência ambulatorial no SUS se classifica em: assistência básica (inclui ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assistência em especialidades básicas e controle de doenças); assistência especializada de média complexidade (inclui consultas com especialistas); e assistência de alta complexidade (baseada na utilização de equipes ou tecnologias mais complexas). Os dados mais recentes (48) indicam que em 2003 o número de consultas médicas per capita foi de 2,4 consultas/ano em todo o país e de 1,8 consultas/ano nas zonas rurais. As maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde se localizam na região Norte, devido à oferta insuficiente e a dispersão da população. A assistência da saúde bucal é considerada uma área crítica: 22% da população de 5 a 19 anos nunca teve acesso a tratamento odontológico. No sistema público, 63% dos procedimentos ambulatoriais produzidos se relacionam à assistência básica, porcentagem que alcança 72% na região Norte.

Em 2003 foi estabelecido o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU/192) do SUS, principal componente da Política Nacional da Assistência às Urgências. O Ministério da Saúde habilitou 94 serviços deste tipo, que estão em funcionamento em 647 municípios.

Recursos humanos

No período 1999–2004 o número de médicos registrados aumentou de 237.000 para 292.000, o de dentistas, de 145.000 para 178.000, o de enfermeiros, de 72.000 para 98.000 (61). No período 1999–2004, a quantidade de médicos por 1.000 habitantes em todo o país aumentou de 1,4 para 1,6, ainda que, contudo, com importantes diferenças regionais em 2004: de 2,2 no Sudeste, 1,0 no Nordeste e 0,8 no Norte. No mesmo período, o número de dentistas por 1.000 habitantes variou de 0,9 para 1,0, o de enfermeiros, de 0,4 para 0,5, com diferenças semelhantes na distribuição por regiões. Dos 730.000 postos de trabalho nas categorias de nível superior em 2003, 64% eram ocupadas por médicos, 12,2% por enfermeiros e 7,8 por dentistas. Entre 1999 e 2002, o crescimento dos postos de enfermagem (26,7%) foi maior que o de médicos (9,7%). Em 2002, o setor público absorvia 45% dos postos médicos e 65% dos de enfermeiros. A participação do setor público no total de postos de trabalho em 2002 era mais elevada nas regiões Norte (76% dos postos de trabalho) e Nordeste (65%), frente a apenas 48% no Sul. A formação de pessoal de nível superior em saúde é feita em instituições públicas e privadas, com a crescente participação destas últimas, sejam de caráter lucrativo ou comunitário-filantrópicas. Em 2002, 53 dos 115 cursos de Medicina, 81 dos 275 cursos de Enfermagem e 52 dos 159 cursos de Odontologia estavam ligados ao setor público (62).

Provisões de saúde

O Brasil é um dos maiores mercados consumidores de medicamentos e apresenta dependência elevada da importação de fármacos. De acordo com um estudo realizado pelo governo Brasileiro (63), a importação dos 1.028 fármacos mais importantes no mercado Brasileiro praticamente duplicou, ao passar de US\$ 535 milhões para US\$ 1.095 milhões entre 1990 e 2000. Esta explosão das importações não somente se explica pela renovação do arsenal terapêutico ou o lançamento no mercado nacional de medicamentos de última geração. Das importações de fármacos em 1998, 83% tinham patentes originais anteriores a 1977, das quais 47% foram outorgadas antes de 1962. As importações de medicamentos prontos aumentaram de US\$ 212 milhões para US\$ 1,28 bilhões entre 1990 e 2000. O valor de vendas (sem impostos) no mercado interno foi de US\$ 6,7 milhões em 2004 (64). O gasto em medicamentos é o item mais importante do gasto familiar e alcança 76% do gasto em saúde nas famílias com mais recursos. Em 1998 houve a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (65) que tem por finalidade garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, e a racionalidade de seu uso, e o acesso da população aos produtos essenciais. Sua aplicação pressupõe a gestão descentralizada de recursos, com base numa relação nacional de medicamentos essenciais e uma relação de produtos de uso obrigatório. Três esferas de governo compartilham o financiamento da assistência farmacêutica bá-

sica: a aquisição e a distribuição de medicamentos são de incumbência dos estados e municípios, e é de responsabilidade do governo Federal assegurar a disponibilidade dos produtos estratégicos (anti-retrovirais, hemoderivados e antimicrobianos especiais) e os medicamentos de alto custo. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (66), elaborada pelo Ministério da Saúde em consonância com a Política Nacional de Medicamentos, estabelece que “a assistência farmacêutica deve ser compreendida como política pública orientadora para a elaboração de políticas setoriais”. Para ampliar o acesso da população aos medicamentos, incentivou-se a comercialização de produtos genéricos (67) de custo médio 40% inferior aos dos produtos de referência. Até 2006 foram concedidos 1.847 registros, relativos a 310 substâncias ativas em 91 casos terapêuticos, produzidas por 66 laboratórios. Desses produtos registrados, 1.449 (79%) já são fabricados internamente e 398 são importados; a Índia (51%) e o Canadá (16%) são os maiores fornecedores.

O parque produtor de imuno-biológicos no país é constituído pelos laboratórios públicos, que são os principais responsáveis pela fabricação das vacinas e dos soros utilizados nos programas autorizados. O país produz vacinas contra tuberculose, o sarampo, a difteria, o tétano, a coqueluche, a febre amarela, a raiva humana e canina, e soros heterólogos (antiofídico, antitetânico, antidiftérico e anti-rábico). O fortalecimento dos laboratórios públicos tem sido uma prioridade nos últimos anos: entre 2002 e 2005, o Governo Federal realizou investimentos na ordem de R\$ 200 milhões. O Instituto de Tecnologia em Imuno-biológicos (Bio-Manguinhos), unidade da Fiocruz, é o maior provedor de vacinas do Ministério da Saúde e somente em 2002 produziu mais de 120 milhões de doses, o que equivale a cerca de 60% da demanda pública nacional de vacinas. Junto com outros laboratórios públicos brasileiros, Bio-Manguinhos abastece o SUS com os imuno-biológicos do Programa Nacional de Imunização.

O controle de qualidade do sangue para transfusão se iniciou em 1980, com o incentivo à doação voluntária e à instalação de uma rede pública de hemocentros. O uso de sangue, assim como de outros tecidos, células e órgãos humanos para tratamento, está regulamentado e é fiscalizado pela ANVISA (68). Esta agência coordena o Sistema Nacional de Hemovigilância em todo o país, com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre efeitos indesejáveis ou inesperados pela utilização de hemoderivados. Em 2006 a rede era constituída por 33 hemocentros coordenadores e mais de 2.000 serviços de hemoterapia registrados pela ANVISA. Os hemocentros atuam associados às universidades, e contribuem para a formação de pessoal especializado assim como para o desenvolvimento científico e tecnológico da área.

Investigação e desenvolvimento tecnológico em saúde

O financiamento da investigação e o desenvolvimento tecnológico em saúde são responsabilidades compartilhadas pelos mi-

nistérios da Saúde, de Ciência e Tecnologia, e da Educação. Em alguns estados existem fundações que operam com recursos provenientes dos orçamentos estaduais. O Ministério da Saúde realiza suas atividades de coordenação, fomento e desenvolvimento de investigações e tecnologias por intermédio da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação, do Ministério da Saúde (69) é responsável pela função de definir diretrizes e a promoção da avaliação tecnológica. Igualmente, procura incorporar produtos e processos novos através dos gestores, dos prestadores e dos profissionais de saúde. Para isso, o Ministério da Saúde estabeleceu, em janeiro de 2006, o fluxo para a incorporação de tecnologias no âmbito do SUS. O investimento em investigação e desenvolvimento do Brasil em relação a seu PIB aumentou de 0,8% (1996) para 1,0% (período 2001–2003). A produção científica publicada no LILACS passou de 5.916 publicações em (2000) para 7.221 em 2003. O desempenho na base MEDLINE duplicou entre 1999 e 2003, passando de 3.123 para 6.418 publicações.

Gasto e financiamento setorial

O sistema de saúde Brasileiro conta com três grandes fontes de financiamento: a administração pública (por meio de impostos e contribuições Sociais arrecadadas pelas três esferas de Governo), as empresas e as famílias. Como o Brasil não tem um sistema de contas locais em saúde, não existem dados seguros disponíveis sobre o gasto total (público e privado) em saúde dentro de critérios internacionalmente comparáveis. Não obstante, a OMS (70) estima que em 2004 o gasto total em saúde do Brasil correspondia a 7,9% do PIB; o gasto privado correspondia a 51,9% do gasto total, o gasto direto das famílias representava cerca de 64% do gasto privado. O gasto privado em saúde é realizado por meio das famílias e das empresas, estas últimas mediante o fornecimento ou a contratação de seguros, ou mediante planos de saúde para seus empregados e dependentes, de forma voluntária, não obrigatória. Em 1996, 9% do gasto de consumo das famílias se destinava à saúde (37% correspondia à aquisição de medicamentos, 29% para o pagamento de planos e seguros de saúde, e 17% para tratamentos odontológicos). Os gastos do setor mais rico da população representavam uma parte significativa dos gastos totais em saúde, enquanto que os gastos do decil mais pobre constituíam uma ínfima fração. Segundo a Pesquisa Periódica de Orçamento Familiar, aos três decis mais ricos corresponderam 68% dos gastos totais em saúde, enquanto que, para 30% dos mais pobres correspondeu a apenas 7% do gasto (71). Também se observam diferenças qualitativas entre o gasto dos mais ricos e aquele dos mais pobres: enquanto que para estes últimos o principal objetivo dos gastos em saúde foi o de medicamentos, nos decis de maiores recursos pesavam cada vez mais os gastos em planos de saúde, ainda que em todos os decis de rendas os gastos em medicamentos representaram uma proporção considerável dos gas-

tos em saúde. Em particular, no decil mais pobre 54% do gasto em saúde se destinava à compra de medicamentos e 6% ao pagamento de planos de saúde, enquanto que no decil mais rico 24% do gasto foi para medicamentos, e 33% para os planos de saúde. O SUS é financiado por meio de recursos públicos procedentes das três instâncias de Governo. Em 2004, o Governo Federal participou com 50,7% do financiamento do SUS, os estados e o Distrito Federal com 26,6%, os municípios com 22,7%. A mobilização de recursos pelo Governo Federal (União) se realiza por meio de impostos gerais e contribuições sociais. Nos últimos anos, o gasto do Ministério da Saúde representou aproximadamente 9% dos gastos efetivos totais (não financeiros) do Governo Federal. Das áreas sociais, a da saúde é a segunda em termos de gastos, sendo superada apenas pela de seguridade social. Em 1995 o orçamento do Ministério da Saúde era de R\$ 36.800 milhões (em valores de 2003). Em 2003 foram destinados R\$ 30.800 milhões para o Ministério da Saúde. Nesse ano, cerca de 50% desse valor foram transferidos aos estados e municípios para a execução das ações e serviços de saúde, como resultado da consolidação do processo de descentralização do sistema sanitário: em 1995 os gastos do Ministério da Saúde executados diretamente correspondiam a 72% do total de seu orçamento e apenas 8% era transferido às instâncias sub-nacionais. Temos uma diferença regional importante na designação de recursos públicos para a saúde: em 2002 o gasto público per capita na região Nordeste era de R\$ 168,43, enquanto que na região Sudeste alcançava os R\$ 250,56. A participação dos recursos federais representava 62% do gasto público per capita na região Nordeste, e 49% na região Sudeste. Com recursos do Ministério da Saúde, em 2004 o gasto em investimentos foi de cerca de R\$ 1.900 milhões, 5,1% do gasto total deste órgão: 1,9% em investimentos diretos e 3,2% em recursos transferidos para investimentos com execução pelos estados e municípios.

Cooperação técnica e financeira em saúde

No Brasil são executados diversos programas apoiados pelos organismos de cooperação bilateral e multilateral, entre eles o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, a OPAS, o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a União Européia, o Fundo para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Destacam-se os projetos destinados ao fortalecimento da assistência básica (Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família [PROESF]), a reorganização da assistência à saúde dos indígenas, e ao aprimoramento da vigilância das doenças (VIGISUS).

A cooperação internacional é irredutível quanto às áreas de serviços coletivos e capacitação, especialmente nas subáreas de gerência e prevenção, e controle de doenças. O alcance desta cooperação é nacional ou se dirige aos estados cuja situação de saúde é mais precária, principalmente aqueles localizados na re-

gião Nordeste. Em linhas gerais, as áreas temáticas da cooperação compreendem: 1) redução da mortalidade infantil e materna mediante a promoção da saúde da mulher e da criança e a expansão do Programa de Saúde da Família; 2) melhoria da qualidade dos serviços de saúde nos aspectos de reestruturação física, fortalecimento gerencial e capacitação de recursos humanos; e 3) melhoramento do acesso a ações e serviços de saúde.

Atuam no Brasil diversas fundações internacionais que proporcionam financiamento direto a projetos ou a pessoas físicas, principalmente em áreas relacionadas ao Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 1994, e com o êxito das ODM. A cooperação técnica da OPAS no Brasil se baseia nos enfoques de: direitos, equidade, gênero, de continuação da vida (novo enfoque para promover a assistência neonatal dentro do processo contínuo de assistência à mãe, ao recém-nascido ou à criança), decisões baseadas em testes científicos, e adequação às políticas do país. Mediante suas ações de comunicação e gestão do conhecimento, a OPAS promove a integração das diversas áreas técnicas, facilitando assim as ações de cooperação técnica com o país.

O Brasil participa também em iniciativas de cooperação no Hemisfério Sul, que supõe quantidades importantes de recursos financeiros. Alguns países fronteiriços como Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Peru e Venezuela se beneficiam de atividades de controle de doenças endêmicas como a malária, a esquistossomose, a leishmaniose, a tuberculose e a hanseníase, e de prevenção da AIDS. Há um intenso intercâmbio com os países do MERCOSUL tendendo a serem estabelecidas normas sanitárias comuns. O Brasil mantém ainda uma linha de apoio aos países africanos de língua portuguesa e ao Timor Leste.

Referências

1. Brasil, Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: www.brasil.gov.br. Acessado em 26 de maio de 2006.
2. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de desenvolvimento humano: Racismo, pobreza e violência; 2005.
3. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atas do desenvolvimento humano no Brasil 1991–2000; 2003.
4. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio, relatório nacional de acompanhamento; 2005.
5. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil; agosto 2006.
6. Ramos L, Ferreira V. Geração de empregos e realocação espacial no mercado de trabalho brasileiro: 1992–2002. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
7. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. O Estado de uma nação: Capítulo III: Pobreza e exclusão social; 2005.
8. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Série Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Sócio-econômica, número 17; 2005.
9. Nações Unidas no Brasil. Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil. Avaliação conjunta do país, agosto 2005.
10. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004. Segurança Alimentar; Rio de Janeiro; 2006.
11. Pavilhão F. De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. En: Seguridad ciudadana, ¿espejismo o realidad? Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; OPAS/OMS; 2002. Pág. 13-19.
12. Brasil, Ministério da Justiça. Relatório descritivo. Perfil das organizações de segurança pública. Volume 1. Perfil das organizações estaduais e municipais de segurança pública: corpo de bombeiros, forças armadas (2004), polícia militar (2004), polícia civil (2004), guardas municipais (2003). Brasília; 2006.
13. Brasil, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas Racial Brasileiro, 2005.
14. Fundo das Nações Unidas para Infância. Declaração Mundial para a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Nova Iorque; 1990.
15. Venâncio S, Monteiro C. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1999; 1(1).
16. Brasil, Ministério da Saúde. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Relatório preliminar. Brasília; 2001.
17. Brasil, Ministério da Saúde; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Bancos de Leite Humano no Brasil. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh>. Acesso em julho de 2006.
18. Brasil, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília; 2005.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2005.
20. Brasil, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de indicadores do SUS. Ano 1, Nº 1; 2006.
21. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Silva LMV, Teixeira MG, Mendes CMC. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Revista de Saúde Pública. 2003; 37(6): 699-709.
22. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1999. Rio de Janeiro; 2000.

23. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 1991.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1.395, de 9 dezembro de 1999.
25. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico RAIS. Empregos por setor. Disponível em: <http://anuariorais.caged.com.br/emprego.asp?tab=01&arq=Emprego1#>. Acesso em setembro de 2006.
26. Brasil, Serviço Social da Indústria. Perfil epidemiológico de fatores de risco para doenças não transmissíveis nos trabalhadores das indústrias do Brasil, resultados preliminares; 2006.
27. Alves AL, Barbosa RB. A saúde da população negra, realizações e perspectivas. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Brasília; 1998.
28. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Mimeo, 102 p. Publicação elaborada sob o patrocínio do Ministério da Saúde. Brasília; junho de 2000.
29. Alves AL. Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra. Relatório Epidemiológico do SUS, 1998.
30. Brasil, Presidência da República. Decreto de 20 de novembro de 1995.
31. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002–2003. Análise da Disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
32. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002–2003. Primeiros Resultados. Rio de Janeiro; 2004.
33. Brasil, Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal 2002–2003; 2004.
34. Brasil, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. GEO-Brasil 2002. Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil. 1ª ed. Brasília: IBAMA; 2002.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto Saúde Bucal Brasil. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira; 2004.
36. Brasil. Leis N° 8.080 e N° 8.142, respectivamente de 19 de setembro e de 28 de dezembro de 1990.
37. Brasil. Portaria GM N° 399; 22 de fevereiro de 2006.
38. Brasil. Leis Orgânicas da Saúde: N° 8.080 e N° 8.142, respectivamente de 19 de setembro e de 28 de dezembro de 1990.
39. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final; 2003.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOBs-SUS 01/93 e 01/96).
41. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N° 333/2003.
42. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de saúde. 19 p. Brasília; 1999.
43. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N° 354/2005.
44. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de auditoria do SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso Básico de Regulamentação, Controle, Avaliação e Auditoria da Atenção à Saúde do SUS: Noções básicas sobre os processos de apoio à gestão no âmbito da atenção à saúde. 1ª ed. Brasília: Série Cadernos da SAS; 2005.
45. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.107, de 14 de junho de 1995.
46. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 2ª ed. Brasília; 1999.
47. Brasil. Lei N° 9.656, de 3 de junho de 1998; Medida Provisória N° 1.665.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em setembro de 2006.
49. Brasil. Lei N° 9.782, de 1999. [Alguns de seus dispositivos foram alterados com a Medida Provisória de outubro de 2000].
50. Brasil. Lei N° 6.938, de 1981.
51. Brasil, Ministério do Meio Ambiente. Disponível em: www.planoalto.gov.br/paginas_governo/19.htm.
52. Brasil, Ministério do Meio Ambiente, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Disponível em: www.ibama.gov.br.
53. Brasil. Portaria MS/GM N° 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde—Um Pacto pela Saúde no Brasil; 2004.
54. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2003, Suplemento de Saúde; 2003.
55. Brasil. Portaria N° 8 de 29 de junho de 2004.
56. Brasil, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM; 2005. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/estudospesq/odm/cap7.pdf>. Acesso em julho de 2006.
57. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, PNSB 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/comdicaodevida/pnsb/pnsb.pdf.
58. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 710, de 10 de junho de 1999.

59. Viacava F, Souza-Júnior, PR, Szwarcwald, CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (Suppl. 1): S119-128.
60. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. AMS 2002.
61. Brasil, Ministério da Saúde. Rede Intergerencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Brasil, 2000 a 2005 (IDB 2000 a 2005). Disponível em: www.datasus.gov.br.
62. Brasil, Ministério da Educação. INEP. Censo Nacional da Educação Superior; 2000.
63. Brasil, Diretrizes de Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior; 2003.
64. Brasil, Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, Departamento de Economia; 2006. Disponível em <http://www.febrafarma.com.br/>.
65. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 3.916, de 30 de outubro de 1998.
66. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 338, de 6 de março de 2004.
67. Brasil. Lei N° 9.787, de 1999.
68. Brasil. Lei N° 10.205, de 21 de março de 2001.
69. Brasil. Portaria N° 1.418/GM, de 24 de julho de 2003.
70. Organização Mundial da Saúde. 2002–2004. Disponível em: www.who.int/nha/countr/BRA.
71. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 1995–1996.