

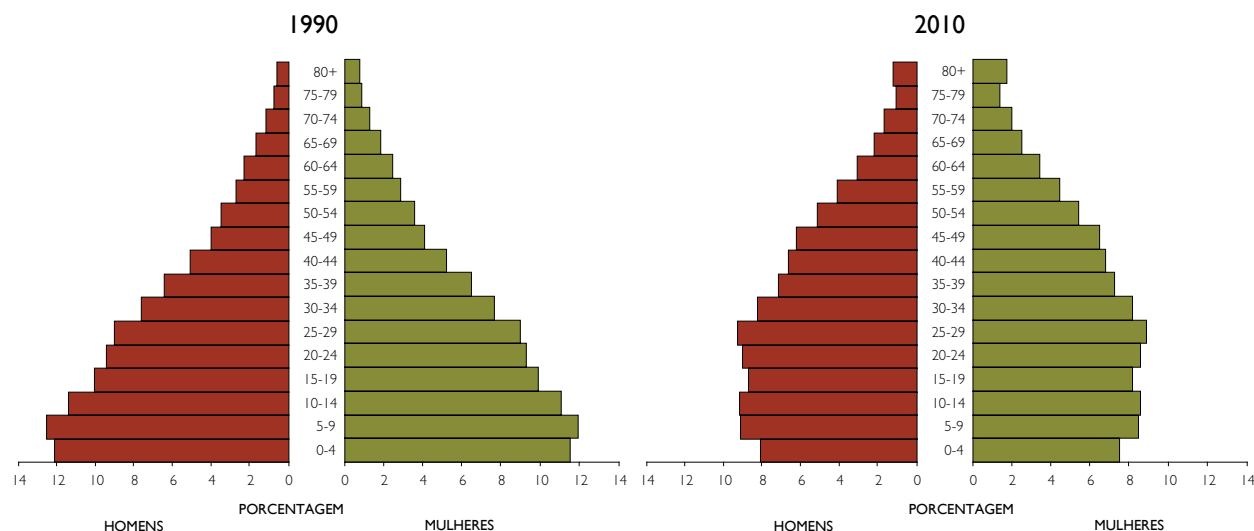
Brasil



INTRODUÇÃO

O Brasil, um dos cinco maiores países do mundo, tem mais de 190 milhões de habitantes e uma extensão territorial superior a 8.500.000 km² (1). O país divide-se politicamente em 26 estados e o Distrito Federal, organizados em cinco regiões geográficas com importantes diferenças econômicas, culturais e demográficas: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

O país atravessa um processo de redução das taxas de fertilidade e mortalidade precoce e de aumento da expectativa de vida ao nascer. Em 2010, a população estimada era de 190.755.799 habitantes, dos quais 84% viviam em zonas urbanas (Figura 1). A expectativa de vida ao nascer era de 66,3 anos em 1990 e de 73,17 em 2009 (77,0 anos para as mulheres e 69,4 anos para os homens). A taxa de fertilidade diminuiu de 2,38 crianças por mulher em 2000 para quase 1,86 crianças por mulher em 2010, abaixo da reposição po-

FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo^a, Brasil, 1990 e 2010

A população aumentou 30,7% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal, embora com afinamento nos grupos etários menores de 5 anos, o que reflete a diminuição significativa da fertilidade. Em 2010, os grupos etários menores de 25 anos apresentam tendências semelhantes ou até reduções. Isso reflete uma queda gradativa da fertilidade e a baixa mortalidade. A proporção dos maiores de 59 anos aumentou nos anos intervenientes.

Fonte: Organização Pan-americana da Saúde, a partir de dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População, Perspectivas da população mundial, revisão 2010. Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada grupo representa sua proporção do total de cada sexo.

pulacional. As pessoas com 65 anos ou mais representavam 4,9% do total da população em 1995, 6,1% em 2005 e 7,4% em 2010.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

O país tem vivenciado, na última década, um período de crescimento econômico, fruto da melhor distribuição de renda e a uma redução inédita das desigualdades sociais e da pobreza extrema (2-4).

Entre 2003 e 2010, criaram-se 10 milhões de empregos formais. Entre os censos de 2000 e 2010, o analfabetismo encolheu de 13,6% para 9,6% (1). Por outro lado, os programas de transferência de renda para as famílias – Bolsa Família, Benefício da Prestação Continuada e Previdência Rural – contribuíram para que esse crescimento econômico fosse acompanhado de uma melhora nas condições de vida dos setores mais pobres da população (2).

O Programa Bolsa Família (PBF) tem suas raízes no Programa de Transferências Condicionadas de Renda (1995–2003), primeira experiência na América Latina de transferência de renda para as famílias (5,6). O PBF procura investir em capital humano, associando transferências de rendas em espécie a metas educa-

tivas e utilização dos serviços de saúde. Está presente em 5.564 municípios dos 27 estados brasileiros. Em 2007, foram investidos US\$ 3,7 bilhões, beneficiando aproximadamente 12,9 milhões de famílias (quase 52 milhões de pessoas, 25% da população brasileira) (5). Alguns estudos examinaram os efeitos do PBF em pobreza e iniquidade, despesa com alimentos, educação e uso dos serviços de saúde, segurança alimentar e estado nutricional. O coeficiente de Gini, um indicador de distribuição da renda, permaneceu estável no país desde o início da década de 1980, oscilando ao redor de 0,60, tornando o Brasil um dos países mais desiguais do mundo. A partir de 2001, o indicador caiu sistematicamente até chegar a 0,543 em 2009; e quase um quarto dessa queda é atribuído ao PBF (7). Os dados antropométricos de uma amostra de 22.375 crianças pobres de até cinco anos de idade beneficiadas pelo Programa mostram que tais crianças eram 26% mais propensas a atingirem valores normais de tamanho e peso para a idade do que as não beneficiadas. O PBF visa evitar que as famílias promovam a entrada de crianças de até 14 anos no mercado de trabalho, motivar as famílias para que as crianças completem a educação secundária e estimular a utilização dos serviços de saúde, especialmente por gestantes e crianças menores de sete anos.

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO DA POPULAÇÃO A ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

Em 2008, a totalidade dos municípios do país tinha rede de abastecimento de água e 55,2% contava com rede de esgoto (8). Nesse mesmo ano, 92,8% da população urbana tinham acesso a uma fonte adequada de água potável, enquanto somente 31,5% da população rural tinham acesso a uma fonte adequada de água potável e 24,2% à rede de esgoto ou a fossas sépticas (8). Uma proporção importante (32%) das águas residuais não recebe tratamento e é vertida diretamente nos cursos de água.

RESÍDUOS SÓLIDOS

Em 2008, cerca de 90% dos domicílios urbanos contava com serviços de coleta de resíduos, enquanto na zona rural, 70% das famílias não dispunham desses serviços (8). A maior cobertura foi registrada Região Sudeste (88,5%) e a menor no Nordeste (63,5%). Em 51% dos municípios brasileiros os resíduos sólidos são vertidos em aterros a céu aberto irregulares, enquanto 27,7% dos municípios localizados principalmente nas regiões Sul e Sudeste possuíam aterros sanitários (9).

DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

Nas últimas três décadas, a Amazônia Legal experimentou mudanças significativas nos padrões de uso do solo devido a um intenso processo de ocupação humana, acompanhado por pressões econômicas nacionais e internacionais. Estima-se que, nesse período, a Região perdeu 17% de suas florestas nativas, principalmente mediante processos de desmatamento, queimada e expansão da atividade pecuária (10).

POLUIÇÃO DO AR

Em 2002, 1.224 municípios (22% do total) informaram a presença frequente de elevados índices de polui-

ção atmosférica, cujas principais causas foram as queimadas, as atividades industriais e a intensa circulação automotiva (11). No período 2003–2007, as doenças respiratórias foram a segunda causa de internação e a quinta causa geral de morte no país (12). Uma revisão recente de artigos científicos sobre a relação entre poluição atmosférica e danos à saúde assinala que 27 dos estudos incluídos (93% do total revisto) demonstraram efeitos adversos desse fator de risco, inclusive em níveis inferiores aos padrões de emissão legalmente permitida (13).

POLUENTES ORGÂNICOS PERSISTENTES

O Brasil ratificou em 2004 a Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes. O Ministério do Meio Ambiente, ponto focal técnico da Convenção, elaborou um inventário sobre a emissão não intencional desses agentes. Registraram-se ao todo 5.292 áreas poluídas ou com suspeita de poluição por substâncias químicas em todo o Brasil, das quais 281 estão poluídas por poluentes orgânicos persistentes (14).

PRAGUICIDAS

O Brasil é o maior consumidor mundial de agrotóxicos. Em 2009, o mercado brasileiro movimentou US\$ 6,6 bilhões pela venda de agrotóxicos (um volume de mais de 335.816 toneladas de ingredientes ativos e 725.000 toneladas de produtos acabados) (15). As intoxicações agudas por agrotóxicos ocupam a segunda posição entre as toxicidades exógenas e 137.089 casos de intoxicação por agrotóxicos foram notificados no período 1999–2008 (16).

DESASTRES NATURAIS E ANTROPOGÊNICOS

No período 2003–2009, registraram-se 9.583 estados de emergência ou de calamidade pública, das quais 64,1% ocorreram devido à seca ou baixos níveis de água e 30,2% a inundações (17). Os deslizamentos de terra são cada vez mais frequentes e intensos: em 2008, o estado de Santa Catarina, em 2010, o Nor-

deste, e em 2011, a Região serrana do Rio de Janeiro foram as áreas mais afetadas (17). Constatou-se que mais de 90% dos deslizamentos de terra da Região serrana do Rio de Janeiro estavam associados a algum tipo de intervenção humana, tais como construção de rodovias, vias de acesso e terraplenagens, desmatamento e degradação das áreas de vegetação nativa e pastos causada pela erosão, o que contribuiu para a desestabilização das ladeiras (18).

MUDANÇA CLIMÁTICA

Acredita-se que, nos últimos anos, a quantidade de eventos climáticos extremos na América Latina em geral e no Brasil em particular tenha aumentado significativamente (19). As variações climáticas produzem efeitos na dinâmica de doenças transmitidas por vetores, entre eles, a maior incidência da dengue no verão e da malária durante o período de seca. Esses fenômenos afetam também as doenças transmitidas pela água, tais como leptospirose, hepatite viral e as doenças diarreicas. Além disso, as doenças respiratórias são exacerbadas pelas queimadas, como as realizadas na Amazônia, e pelo efeito das inversões térmicas, que concentram a poluição e diminuem a qualidade do ar dos centros urbanos, como ocorre em São Paulo (20).

De acordo com relatórios do Ministério da Saúde, o Brasil já presencia uma mudança nos padrões de fenômenos meteorológicos extremos. Esses eventos, especialmente as chuvas, têm variado sua apresentação e intensidade: registram-se mais chuvas torrenciais, principalmente nos grandes centros urbanos, que originam desastres com um número significativo de mortes, bem como mudanças no padrão da morbidade e grandes perdas econômicas (21).

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A área livre de febre aftosa tem-se ampliado no país. Em 1998, eram dois estados (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e o Distrito Federal, onde a vacina foi providenciada, alcançando 13 estados em 2005. No entanto, mais tarde, a reintrodução do vírus da febre aftosa em dois estados provocou a suspensão do reconhecimento de área livre em 11 estados, além do

Distrito Federal, condição que se restabeleceu em 2008. Desde então, a área ampliou-se, passando a incluir o estado do Acre e partes dos estados do Pará e do Amazonas. Santa Catarina é considerada área livre de febre aftosa sem vacinação. Embora a encefalopatia espongiforme bovina e a gripe aviária sejam doenças raras no Brasil, representam um grande risco para a saúde humana e animal, bem como para a produção de alimentos. Portanto, o país mantém um sistema de vigilância ativo, no qual participam as instituições governamentais, os produtores rurais e a iniciativa privada, e que inclui planos de contingência para a manipulação de situações críticas. Não foram notificados casos autóctones ou importados dessas doenças (22).

CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS DA SAÚDE

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

No Brasil, o parto assistido por profissionais capacitados é praticamente universal (99%) e a proporção de uso de algum método anticoncepcional é elevada (81% entre as mulheres de 15 a 49 anos de idade, em 2009) (12, 23). No período 1990–2007, houve redução de todas as principais causas de morte materna, tais como hipertensão (62,8%), hemorragias (58,4%), infecções puerperais (46,8%), aborto (79,5%) e doenças circulatórias complicadoras de gestação, parto e puerpério (50,7%) (7). Por outra parte, projeções até 2015 indicam dificuldades para o cumprimento da meta nº 5 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativa à taxa de mortalidade materna (7). A projeção realizada para 2008–2015 estimou valores de 69 a 77 mortes por 100.000 nascidos vivos. Preocupa a persistência de elevados percentuais (44%) de parto por cesárea em todas as regiões, mas principalmente, nas mais desenvolvidas (24).

Crianças (até 5 anos de idade)

A mortalidade de crianças até 5 anos de idade diminuiu de 24,8 por 1.000 nascidos vivos em 2006 para

22,4 em 2009. Consequentemente, é de se esperar que o Brasil atinja a meta nº 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio antes de 2015 (7, 23). A mortalidade infantil teve a mesma tendência decrescente, de 20,7 por 1.000 nascidos vivos em 2006 para 17,1 em 2009 (Figura 2). Nos últimos anos, a mortalidade pós-neonatal apresentou a maior redução enquanto a neonatal precoce foi a que menos diminuiu; os transtornos perinatais foram as causas principais de mortalidade infantil (4, 20). As diferenças regionais e por grupos populacionais são importantes: a população não branca (indígena e negra) ou residente no Nordeste apresenta taxas de mortalidade expressivamente mais altas.

Adolescentes (13 a 15 anos de idade)

A saúde de crianças em idade escolar é objeto de vigilância por meio de pesquisas em todas as capitais estaduais do país. Em 2009, foram entrevistados 63.411 alunos de 13 a 15 anos de idade de 1.453 escolas públicas e privadas (25). Destes, 76% nunca haviam fumado; 76% dos sexualmente ativos utilizaram preservativos na última relação; 87,5% estavam bem informados sobre a prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis; e mais de 80% receberam informações em sala de aula sobre a prevenção da gravidez. Por outro lado, 27% dos estudantes haviam consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez nos

últimos 30 dias e mais de 30% eram sedentários ou insuficientemente ativos.

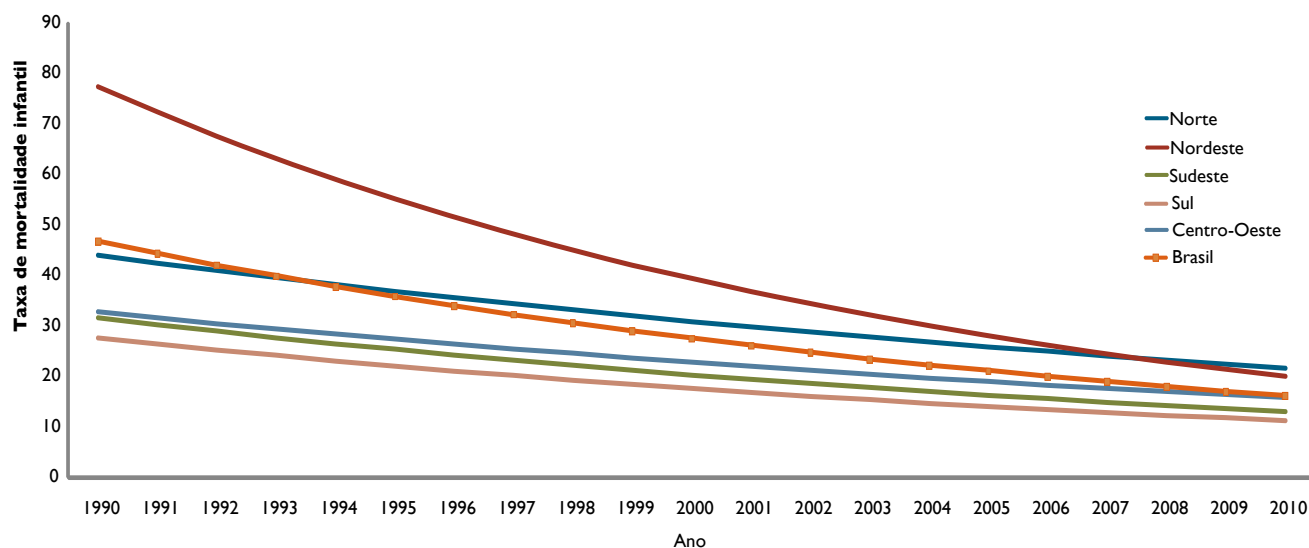
Homens

Em 2008, 57,4% do total de mortes ocorreu entre os homens e as taxas de excesso de mortalidade foram maiores nesse grupo de população em todas as regiões do país (23, 26). As principais causas de morte entre os homens foram as cardiopatias isquêmicas, entre elas, o infarto agudo do miocárdio (55.162 mortes) e as doenças cerebrovasculares (49.311 mortes) e os homicídios (44.671 mortes). Embora a expectativa de vida dos homens tenha aumentado de 63,2 anos em 1991 para 69,7 anos em 2010, mantinha-se ainda 7,6 anos abaixo da média das mulheres, que foi de 77,3 anos em 2010 (27). Em 2010, o câncer de próstata foi a segunda mais frequente malignidade (52.350 casos novos), superada apenas pelo câncer de pele não melanoma (53.410 casos novos) (28).

Trabalhadores

O estabelecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil inclui a criação de centros de referência específicos e da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (29). Em 2011, foi compilada a lista de situações de notificação obrigatória a partir de dados de unidade sentinela.

FIGURA 2. Evolução da taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) no Brasil e Regiões, 1990-2010



Os danos mais notificados foram: lesão ocupacional grave (106.084 casos), exposição a material biológico (80.809), lesões por esforços repetitivos (12.732), pneumoconiose (1.091), dermatoses ocupacionais (1.048), intoxicação exógena (8.656), perda auditiva induzida por ruído ocupacional (742), transtornos mentais (737) e câncer ocupacional (59) (12).

Grupos étnicos ou raciais

Nas últimas décadas, a população indígena cresceu no país, chegando a aproximadamente 770.000 pessoas. O percentual de homens é de 51% e 65% da população tem menos de 25 anos de idade. A taxa de mortalidade infantil nesse grupo apresentou uma queda importante (43,8%) nos últimos anos: de 74,6 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 41,9 por 1.000 nascidos em 2009. Apesar da redução, a taxa de mortalidade desse grupo é ainda mais do dobro da média nacional, que em 2009 foi de 17,1 mortes por 1.000 nascidos vivos.

Quanto à população negra, sua baixa mobilidade social intergeracional a situa entre as populações mais vulneráveis a uma série de riscos para sua saúde. Por exemplo, em 2010, as taxas de mortalidade por homi-

cídios foram de 15,4, 28,0 e 37,6 mortes por 100.000 habitantes entre brancos, negros e pardos, respectivamente (12). Há também diferenças importantes de acesso aos serviços de saúde entre as várias etnias e raças. Por exemplo, entre as gestantes, em 2010, 75,2% das mulheres brancas, 53,8% das negras, 48,3% das pardas e 18,9% das indígenas fizeram mais de 6 consultas pré-natais (12, 23).

MORTALIDADE

Em 2010, a taxa de mortalidade bruta, no Brasil, foi de 6,0 mortes por 1.000 habitantes (12). As maiores taxas de mortalidade por 100.000 habitantes corresponderam às cardiopatias isquêmicas (52,4), doenças cerebrovasculares (52,3) e neoplasias malignas dos órgãos digestivos (31,1) (12) (Tabela 1).

Em relação à mortalidade proporcional por grupos de amplas causas, destaca-se que as doenças cardiovasculares (26,4%), as causas externas (18,2%) e as neoplasias (14,8%) foram, nessa ordem, as principais causas de mortes entre os homens e responderam por 59% de todas as mortes nessa população em 2010. Entre as mulheres, as doenças cardiovasculares (31,8%),

TABELA 1. Número absoluto de mortes, percentuais e taxas brutas de mortalidade (por 100.000 habitantes) para as 10 principais causas de morte, total e por sexo, Brasil, 2010

Causa	Total			Homens			Mulheres		
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa
Doença isquêmica do coração	99,955	8.8	52.4	58,230	9.0	62.3	41,719	8.6	42.9
Doenças cerebrovasculares	99,732	8.8	52.3	50,536	7.8	54.1	49,190	10.1	50.5
Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	59,295	5.2	31.1	32,043	4.9	34.3	24,250	5.0	24.9
Outras doenças do coração	58,085	5.1	30.4	29,778	4.6	31.9	28,300	5.8	29.1
Influenza e pneumonia	55,338	4.9	29.0	27,573	4.2	29.5	27,760	5.7	28.5
Diabetes mellitus	54,877	4.8	28.8	24,002	3.7	25.7	30,872	6.3	31.7
Lesões	52,260	4.6	27.4	47,749	7.4	51.1	4,465	0.9	4.6
Hipertensão arterial	45,056	4.0	23.6	21,190	3.3	22.7	23,862	4.9	24.5
Acidentes de trânsito	43,908	3.9	23.0	35,836	5.5	38.4	8,058	1.7	8.3
Infecções das vias respiratórias inferiores	40,608	3.6	21.3	23,432	3.6	25.1	17,174	3.5	17.6
Todas as causas	1,136,947	100.0	596.0	649,378	100.0	695.2	487,137	100.0	500.4
Causas mal definidas	62,809	5.5	32.9	37,255	5.7	39.9	25,500	5.2	26.2

Fonte: (12)

as neoplasias (17,0%) e as doenças do sistema respiratório (11,5%) foram as principais causas de morte e representaram 60% do total de mortes entre as mulheres em 2010 (12, 30). Mais de 140.000 mortes foram atribuíveis a causas externas em 2010, e a mortalidade proporcional específica por essas causas foi de 5,1% para as mulheres e 18,2% para os homens. No mesmo ano, aproximadamente 81% e 66% de todas as mortes entre homens de 15 a 24 e de 25 a 34 anos de idade, respectivamente, atribuíram-se a causas externas.

Ao longo do último decênio observaram-se grandes mudanças no padrão da mortalidade. Entre 1996 e 2010, a proporção correspondente a doenças infecciosas e parasitárias caiu de 5,8% para 4,3% (12). Além disso, a proporção de mortes por causas mal definidas diminuiu de 15,1% em 1996 para 7,0% em 2010, fato que indica uma melhora da qualidade dos sistemas de informação de mortalidade no Brasil. Coincidente com esses avanços e com o envelhecimento da população, entre 1996 e 2010, observou-se um incremento na proporção das mortes por neoplasias (de 11,4% para 15,7%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (de 0,4% para 6,2%) e doenças do sistema circulatório (de 27,5% para 28,7%), respectivamente.

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

O vetor da dengue se encontra em todos os Estados e atualmente circulam no Brasil os quatro sorotipos virais da doença. O vírus da dengue no país foi reintroduzido em 1981 e 1982, com a primeira epidemia documentada em Boa Vista, no Estado de Roraima, devida aos sorotipos 1 e 4. Em 2002, houve 794.219 casos e, em 2008, 806.036. Um número crescente de casos graves vem sendo observado desde o ano 2000, com uma letalidade de 10% entre tais casos em 2006 e 2007 (12). Em 2010, o pior ano quanto à transmissão da doença, notificaram-se 1.011.647 casos novos, 17.489 casos graves e 656 óbitos. Os resultados preliminares para 2011 revelam uma importante redução do número de casos novos, casos graves e mortes por dengue em relação com 2010.

A maioria dos casos de malária se concentra na Amazônia, e a média anual na última década foi de 530.000 casos confirmados, distribuídos em 807 municípios de 9 Estados. Em 2010, registraram-se 332.329 casos, com uma variação de mais de 8% em relação a 2009 (308.306). O agente infeccioso predominante foi o *Plasmodium vivax*, que causou aproximadamente 86% de todos os casos confirmados. Em 2009, houve 83 mortes por malária (12). A elevada endemicidade da malária na Amazônia vincula-se principalmente, às mudanças nas atividades econômicas extrativas, que geram migrações internas e assentamentos rurais transitórios.

Não há registro de febre amarela urbana desde 1942. Contudo, persiste o ciclo de transmissão silvestre do vírus, provocando casos isolados e surtos esporádicos. Os surtos ocorrem com maior frequência em homens maiores de 15 anos – em geral agricultores, madeireiros, pescadores e ecoturistas – e, principalmente, nos meses de janeiro a abril. De 1990 a 2010, houve 587 casos e 259 mortes por febre amarela (12). Até 2000, as áreas de circulação endêmica do vírus da febre amarela incluíam as regiões Norte e Centro-Oeste, parte do Estado do Maranhão e a Região ocidental de Minas Gerais. A partir de 2000, ocorreu uma expansão progressiva da circulação para as regiões Sudeste e Sul devido principalmente, à proximidade entre ambientes urbanos e silvestres, à elevada taxa de infestação e dispersão do vetor e à exposição das pessoas às áreas silvestres onde circula o vírus.

Em 2006, o Brasil recebeu a certificação internacional de interrupção da transmissão de Chagas por *Triatoma infestans*. Estima-se a prevalência da doença por transmissão vetorial em 0,01%, percentual inferior ao observado na pesquisa realizada entre 1975 e 1980, quando essa prevalência era de 4,2%. Contudo, nos últimos anos ocorreram surtos de doença de Chagas aguda relacionados com a ingestão de alimentos contaminados (caldo de cana, açaí, bacaba, entre outros) e casos isolados de transmissão vetorial extradomiciliar, especialmente na Amazônia. Entre 2000 e 2010, notificaram-se 1.007 casos de doença de Chagas aguda, dos quais 73% (736 casos) foram transmitidos por via oral, 1,8% (18) vetorial e 25% (252) sem forma de transmissão especificada (12).

A leishmaniose visceral, ou Kala-azar, apresenta-se em 21 Estados das cinco regiões do Brasil, prin-

principalmente na periferia dos grandes centros urbanos. Nas décadas de 1980 e 1990, registraram-se algumas epidemias; em 1999 e 2000, houve cerca de 4.000 casos ao ano, e 33.633 casos e 2.279 mortes foram ocorreram entre 2001 e 2010. Os mais afetados são os meninos menores de 10 anos de idade residentes na Região Nordeste. Entre 1988 e 2009, a leishmaniose tegumentar americana causou uma média anual de 26.021 casos e a taxa de detecção foi de 14,1 casos por 100.000 habitantes, com tendência de crescimento e, em 2003, a forma autóctone da doença apresentou-se em todos os Estados do país. A Região Norte responde pelo maior número de casos e com as taxas mais elevadas de infecção (66,9 casos por 100.000 habitantes). Em 2010, registraram-se 22.397 casos de leishmaniose tegumentar americana no país (31).

Doenças imunopreveníveis

Durante a última década, o controle bem-sucedido das doenças imunopreveníveis contribuiu substancialmente para a redução da mortalidade infantil (32). O Programa Nacional de Imunização oferece, sem custo algum para o usuário, vacinas contra tuberculose (BCG); poliomielite; sarampo, caxumba e rubéola (MMR); difteria, coqueluche, tétano e infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b (DTP-Hib) e hepatite B. As campanhas anuais contra a influenza sazonal focaram tradicionalmente pessoas maiores de 60 anos e a população indígena. Em 2010, a população-alvo para a vacinação anual contra a influenza foi ampliado para incluir as crianças pequenas, as mulheres grávidas e os profissionais da saúde. Em 2006, introduziu-se no calendário de vacinação infantil de rotina a vacina oral contra o rotavírus, resultando numa redução significativa das mortes e das internações por diarreia em todo o país (33). Em 2008, mais de 70 milhões de adultos e adolescentes foram vacinados contra o sarampo e a rubéola, a fim de contribuir para a eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita. O último caso de rubéola endêmica ocorreu em dezembro de 2008 e o último caso de síndrome de rubéola congênita apresentou-se numa criança nascida em agosto de 2009. O país está em processo de receber a certificação da eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita. A cobertura com a vacina oral contra a poliomielite manteve-se a alta e estabeleceram-se

dois dias nacionais de imunização contra a poliomielite ao ano, visando manter o país livre da circulação do poliovírus silvestre. Em resposta à emergência da pandemia de influenza A (H1N1), mais de 80 milhões de pessoas pertencentes aos grupos de maior risco foram vacinadas em 2010. Além disso, também no mesmo ano, introduziram-se duas novas vacinas no calendário básico de vacinação infantil: uma nova vacina pneumocócica conjugada 10-valente e a vacina meningocócica.

Zoonoses

As principais zoonoses no Brasil são febre amarela, hantaviruses, raiva, doença de Chagas, leishmaniose visceral, leishmaniose tegumentar americana, leptospirose, febre maculosa das Montanhas Rochosas e acidentes por picada ou mordida de animais peçonhentos (12). Entre março de 2006 e fevereiro de 2010, registraram-se 673 eventos de relevância para a saúde pública. As zoonoses e as doenças transmitidas por vetores foram as mais comuns e ocasionaram 40% das notificações (12).

Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza

A prevalência de hanseníase encolheu progressivamente nos últimos anos, de 2,37 por 10.000 habitantes em 2006 para 1,56 por 10.000 habitantes em 2010, bem como o número de casos novos detectados, de 44.436 em 2006 para 34.894 em 2010 (uma redução média da taxa de detecção de 1,3 casos por 100.000 habitantes por ano). Contudo, o Brasil continua sendo o único país das Américas que não atingiu a meta – crucial para eliminação da doença como problema de saúde pública – de menos de 1 caso notificado por 10.000 habitantes. Em 2010, 7,1% (2.461) dos novos casos notificados ocorreram em crianças, com uma taxa de detecção de 5,5 por 100.000 menores de 15 anos; 7,2% dos novos pacientes avaliados apresentavam deficiência de segundo grau.

Dispõe-se de pouca informação sobre a frequência da filariose linfática em nível nacional. Nas últimas cinco décadas, o trabalho direcionado à redução dessa doença concentrou-se na eliminação das fontes humanas de infecção. A transmissão atual da

filariose linfática está restrita a áreas endêmicas de quatro municípios (Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista) da Região Metropolitana de Recife, onde a prevalência de microfilaremia oscila entre 2% e 15% (31).

A esquistossomose apresenta uma distribuição geográfica ampla, com uma transmissão mais intensa no Nordeste. Em 2010, notificaram-se 41.167 casos, dos quais 27.110 no Nordeste. Nas últimas duas décadas, observou-se uma redução importante nas taxas de internação (90% entre 1990 e 2009) e de mortalidade (50% entre 1990 e 2008) por esquistossomose. Também, houve uma redução (60% em 10 anos) do número de municípios com prevalência superior a 25%, segundo pesquisas coproparasitológicas, embora em muitas localidades rurais a prevalência da doença tenha se mantido elevada (31).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

Os primeiros casos de Aids identificaram-se no início dos anos oitenta. Passadas três décadas, calcula-se que 630.000 pessoas de 15 a 49 anos de idade vivem com HIV/Aids no Brasil. A taxa de prevalência da infecção por HIV nessa faixa etária mantém-se estável em 0,6% desde 2004 – 0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens (34).

Em estudos realizados em 10 municípios entre 2008 e 2009, estimaram-se maiores taxas de prevalência do HIV em usuários de drogas ilícitas (5,9%) (35), em homens que fazem sexo com outros homens (10,5%) (36) e em mulheres profissionais do sexo (4,9%).

Entre 1980 e junho de 2011, diagnosticaram-se 608.230 casos de Aids. Em 2010, notificaram-se 34.212 novos casos e 11.965 mortes, e o maior percentual de casos se concentrou no Sudeste (58,0%). A proporção de casos de Aids em usuários de drogas injetáveis teve uma queda notável em ambos os sexos. Também, houve redução da taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade (49,2%) e da taxa de transmissão vertical do HIV (35).

A taxa de mortalidade por 100.000 habitantes caiu de 9,6 em 1996 para 6,3 em 2010. A cobertura do diagnóstico ampliou-se de 23,9% em 1998 para 38,4% em 2008, por meio da iniciativa “Fique Sabendo” e a cobertura da profilaxia para reduzir a transmissão ver-

tical do HIV durante o parto passou de 46,6% em 2003 para 50% em 2009 (37).

Tuberculose

O Brasil ocupa o último lugar entre os 22 países com mais alta carga de TB considerados prioritários pela OMS em 2011. Em 2010, notificaram-se 71.000 novos casos, com uma taxa de incidência de 37,2 casos por 100.000 habitantes, 30% menos que em 1990. Embora a taxa geral de incidência seja considerada baixa, taxas mais elevadas persistem em alguns Estados como Rio de Janeiro (69,7 casos por 100.000 habitantes) e Amazonas (65,7). Em 2009, notificaram-se 4.800 mortes por TB, que foi a primeira causa de morte nas pessoas com Aids e a terceira maior entre as doenças infecciosas (12). A TB multirresistente não constitui um problema importante. Em 2009, o percentual de cura para novos casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva foi de 72,5%, e a taxa de abandono do tratamento foi de 9,5%.

Doenças emergentes

Em 1991, o Brasil viveu sua sétima pandemia de cólera. O número de casos vem se encolhendo desde 2003 e, em 2001, apenas sete casos foram confirmados. Entre 2002 e 2008, ocorreram casos esporádicos. Até 2001, o grupo mais afetado foi o dos homens maiores de 15 anos, e em 2004 e 2005, foi o dos menores de cinco anos. A notificação é obrigatória para todos os casos suspeitos de cólera (31).

No período 2007–2011, houve 734 casos de hantavírus distribuídos em 14 dos 27 Estados, afetando principalmente os homens (com idade média de 32 anos) residentes nas regiões Sul (40,8%) e Sudeste (30,5%). As pessoas são geralmente infectadas na área rural e, provavelmente, no local de trabalho. Nos últimos cinco anos, a letalidade dos casos foi de 47,4%. A notificação é obrigatória para todos os casos de hantavírose (31).

Nos primeiros oito meses de 2010, notificaram-se 8.366 casos de infecção respiratória aguda grave em pessoas internadas e o diagnóstico de influenza A (H1N1) pandêmica de 2009 foi confirmado em 773 (9,2%) desses casos. A Região Sudeste apresentou a maior proporção dos casos notificados (3.971 de 8.366, 47,5%),

enquanto a Região Sul registrou a maior proporção de casos confirmados (307 de 773, 39,7%). Nesse mesmo período, confirmaram-se 99 mortes por influenza A (H1N1). Entre as mortes confirmadas, a idade média era de 29 anos (intervalo: menos de um ano a 79 anos) e mais frequente no sexo feminino (67,7%). Entre as mulheres, 46 (68,7%) estavam em idade fértil; dessas, 23 (50,0%) estavam grávidas. A maior parte dos casos ocorreu até março de 2011, a partir do que houve uma acentuada redução (31).

No Brasil, a magnitude da questão da resistência antimicrobiana não é muito conhecida, mas algumas investigações evidenciaram o grande impacto das infecções hospitalares causadas por agentes patógenos resistentes (38). O país trabalha com o indicador nacional de controle de infecções: a densidade de incidência da infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) relacionada ao uso de cateter venoso central (CVC) em pacientes internados em UTIs com dez ou mais leitos. Entre janeiro e dezembro de 2010, houve 18.370 dessas infecções: 10.889 (59,3%) nas UTIs para adultos, 1.525 (8,3%) nas UTIs pediátricas e 5.956 (32,4%) nas UTIs neonatais. O percentual geral de infecções notificadas e confirmadas em laboratório foi de 42,9%: 40,7% em UTIs para adultos, 24,7% nas unidades pediátricas e 51,5% nas unidades neonatais.

Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis constituem um importante problema de saúde, que afeta principalmente à população pobre e aos grupos mais vulneráveis. O processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, assim como de urbanização têm contribuído para o panorama atual. Em 2009, de 1.115.695 mortes por todas as causas ocorridas no Brasil, 742.779 (66,6%) ocorreram devido às doenças não transmissíveis. Após ajuste para subnotificação e redistribuição de causas mal definidas, esse percentual aumenta para 72,4%. As doenças cardiovasculares representaram 31,3% dessas mortes, as neoplasias malignas 16,2%, as doenças respiratórias 5,8%, o diabetes 5,2% e outras doenças não transmissíveis 14,1%. Entre 1991 e 2009, a mortalidade por doenças não transmissíveis diminuiu 26% (1,4% por ano). A queda, especialmente notável para doenças cardiovasculares e respiratórias, ocorreu em homens e mulheres de todas

as regiões do país. Inversamente, houve um aumento da mortalidade por diabetes e câncer em todas as regiões do país.

Doenças nutricionais

No Brasil, embora 96% das crianças menores de 60 meses tenham sido amamentadas alguma vez na vida (21), a prevalência de aleitamento materno exclusivo nas crianças de zero a três meses de vida ainda é baixa (45%). Observou-se uma importante redução da prevalência da desnutrição infantil, de 13% em 1996 para 7% em 2006 (21). Entre 1975 e 2009, a prevalência da obesidade passou de 2,8% para 12,5% nos homens e de 7,8% para 16,9% nas mulheres (39, 40), enquanto o sobrepeso em 2009 foi de 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. A prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou nas camadas de rendas mais elevadas da população. Contudo, o fosso entre ricos e pobres têm-se reduzido ao longo dos anos para esse indicador (40).

Acidentes e violência

As causas externas foram a terceira maior causa de morte (138.697 mortes) em 2009 e a primeira nas faixas etárias de 10 a 39 anos de idade. A contribuição mais relevante para essa mortalidade corresponde a acidentes – em especial, acidentes de trânsito – e violência – em especial, homicídios (30). Entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade, as quedas foram as causas externas de morte mais frequentes (5.671 mortes em 2009).

Em 2009, ocorreram 52.066 mortes por homicídios, a maioria em homens jovens (de 20 a 39 anos de idade), negros ou mestiços, com baixa escolaridade (30). Os homicídios foram a primeira causa externa de morte entre as pessoas de 15 a 39 anos e contribuíram com 39.506 mortes nesse grupo de idade. No mesmo ano, ocorreram 37.635 mortes por acidentes de trânsito – principalmente, nos homens – que representaram a primeira causa de morte nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 40 e 59 anos de idade. A partir de 1998, houve uma queda significativa das taxas de mortalidade por esses acidentes, mas no início do atual milênio, as taxas voltaram a subir, oscilando entre 17,0 e 19,5 mortes por 100.000 habitantes. Os acidentes de motocicleta merecem particular atenção devido ao

acentuado aumento da taxa de mortalidade (superior a 224% em nove anos), de 1,5 mortes por 100.000 habitantes em 2000 a 3,3 por 100.000 em 2005 e 4,9 por 100.000 em 2009 (30).

Fatores de risco e proteção

No período 2006-2009, observaram-se, em homens de 18 anos ou mais de idade residentes nas capitais dos Estados brasileiros, significativos aumentos na prevalência estimada de hipertensão arterial (de 18,4% a 21,1%), obesidade (de 11,4% a 13,7%) e abuso do álcool (de 25,5% a 28,8%) (41, 42). Igualmente, entre as mulheres de 18 anos ou mais, no mesmo período, a prevalência de hipertensão arterial subiu de 24,2% para 27,2%, a de obesidade de 11,4% para 14,0%, a de abuso do álcool de 8,2% para 10,4% e a de sedentarismo de 11,6% para 15,3%. Em 2009, a prevalência de tabagismo era maior entre os homens de 18 anos ou mais, que entre as mulheres da mesma faixa etária (19,0% vs. 12,5%), com a mesma situação observada no abuso de álcool (28,8% vs. 10,4%) e o consumo de carne com alto teor de gordura (43,2% vs. 24,3%) (42). A prevalência de diabetes, obesidade e sedentarismo foi similar entre os homens (5,3%, 13,7% e 16,0%, respectivamente) e as mulheres (6,2%, 14,0% e 15,3%, respectivamente) – de 18 anos ou mais de idade – nas capitais dos estados brasileiros.

Acidentes e doenças ocupacionais

Em 2009, quase 723.500 lesões ocupacionais foram notificadas ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Do total de 528.200 acidentes registrados com uma notificação associada de lesão ocupacional, os acidentes típicos no local de trabalho representaram 79,7%, os acidentes ocorridos no trajeto casa-local de trabalho foram 16,9% e as doenças ocupacionais 3,3%. Em 2009, as lesões do pulso e da mão (10,6%), as fraturas do pulso e da mão (6,5%) e as dorsalgias (6,4%) foram os eventos notificados com maior frequência. As lesões ocupacionais responderam por 89% das notificações efetuadas no período 2007-2009. No mesmo período, as lesões por esforço repetitivo e as intoxicações ocupacionais contribuíram, no mesmo período, com 6% e 2,6% das notificações, respectivamente, e outros acidentes, com menos de 1% (43).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil tenha pouco mais de duas décadas de existência, ele conseguiu se transformar num sólido sistema de saúde pública e obter resultados satisfatórios para a sociedade brasileira. O SUS reconhece a saúde como um direito e como uma responsabilidade do Estado, sendo guiado pelo princípio do acesso universal e equitativo à saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde integrado em uma rede regionalizada e hierarquizada sob a responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), reconhecendo-se também a natureza complementar da participação do setor privado. Suas diretrizes operacionais promovem a descentralização da gestão, cuidados integrados e a participação comunitária (44).

DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O setor saúde é composto por uma ampla e complexa rede de serviços, que envolve a participação de prestadores e entidades financeiras ligadas ao setor público e privado, incluindo instituições com ou sem fins lucrativos. De acordo com dados de 2008, o sistema privado de seguros de saúde é muito amplo, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, cobrindo aproximadamente um quarto da população, estimada em 40 milhões de pessoas, das quais 44% são titulares e 56% dependentes. O setor da saúde pública – ou seja, o SUS – garante o acesso universal, responsabilizando-se pela cobertura exclusiva de, pelo menos, 75% da população e de uma parte dos segurados por planos privados de saúde. Além disso, o SUS fornece serviços de vigilância epidemiológica, imunização e controle de doenças endêmicas.

Redes de Atenção em Saúde

A Constituição do Brasil e a Lei Orgânica de Saúde dispõem sobre a formação de redes de atenção em saúde. Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para estruturar redes de atenção em saúde em todo o país, como estratégia direcionada a superar a fragmentação da atenção e da gestão nas diferentes regiões de saúde, melhorar o funcionamen-

to político-institucional do sistema de saúde e garantir a prestação dos serviços necessários para seus usuários, com parâmetros de efetividade e eficiência. Com o fim de promover a equidade entre regiões e Estados, as redes de atenção priorizam a população mais vulnerável, de acordo com sua situação socioeconômica.

Estratégias e programas de saúde

O Sistema de Planejamento do SUS baseia-se em Planos de Saúde para cada nível de governo. O Plano Nacional de Saúde para 2008–2009, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, considera orientações de várias fontes, entre elas o relatório final da 13ª Conferência da Saúde celebrada em 2007; o Pacto pela Saúde de 2006; os compromissos e as prioridades do Ministério da Saúde; relatórios de avaliação do Plano Plurianual 2004–2007 e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Plano tem quatro objetivos: a) prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde; b) ampliar o acesso aos serviços de saúde através da atenção de qualidade, integral, equitativa e centrada na pessoa; c) promover atividades voltadas à prevenção e ao controle de determinantes; e d) fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo. Esses grandes objetivos estão desmembrados em 12 diferentes diretrizes, que implicam 71 desafios.

O SUS conta com uma rede de mais de 6.000 estabelecimentos hospitalares e mais 400.000 leitos, e mais de 60.000 centros para consultas ambulatoriais. Realiza anualmente cerca de 11,3 milhões de internações, 2,3 milhões de procedimentos em consultórios, 215.000 cirurgias cardíacas e 16.000 transplantes de órgãos. Em 2010, sua estratégia de atenção primária alcançava 5.272 municípios (94% do total) com 30.996 equipes de saúde de família, 19.609 equipes de saúde bucal e 238.304 agentes comunitários de saúde. Em conjunto, entre 2004 e 2008, o SUS contribuiu para que 48% das mulheres maiores de 25 anos fizessem mamografias e para que 87,1% das mulheres de 25 a 59 anos fizessem testes de detecção do câncer cervicouterino.

LEGISLAÇÃO NA SAÚDE

O marco legal e a organização do SUS exigem processos de condução complexos, haja vista as características especiais da federação brasileira, que confere

grande autonomia aos 27 Estados e mais de 5.560 municípios. Nos últimos 20 anos, alguns artigos da Constituição foram modificados para estabelecer o compartilhamento das responsabilidades de financiamento da saúde entre os três níveis federativos.

A participação social no SUS, definida na Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990, realiza-se por meio dos conselhos de saúde – presentes em quase todos os municípios e Estados – e as conferências de saúde, que ocorrem a cada quatro anos, com a participação dos três níveis de governo. Entre as tarefas dos conselhos de saúde estão a de definir as estratégias de saúde e monitorar a execução das políticas de saúde.

FINANCIAMENTO E GASTOS COM SAÚDE

A capacidade de financiamento dos sistemas de saúde diminuiu na maioria dos países do mundo devido às mudanças demográficas ocorridas nas últimas décadas (envelhecimento da população e queda das taxas de natalidade), o aumento da incidência de muitas doenças crônicas, que exigem a provisão de recursos em longo prazo, a constante introdução de novas tecnologias e drogas e, em alguns casos, o custo associado à violência e outras causas externas de morte.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, o país deu um grande passo político para garantir o acesso universal e gratuito a todos os serviços de saúde, entre eles, a provisão de medicamentos. Vinte anos após sua criação, o SUS integra a política social do Estado, que transcende a rotatividade de governos. Em 1988, estimaram-se os recursos necessários para que o projeto político fosse sustentável e atingiu-se o objetivo: a saúde de 75% da população brasileira depende do SUS. O Sistema de Informação sobre o Orçamento Público para Saúde (SIOPS) mostra que o gasto com saúde financiado com recursos públicos das unidades federais do Brasil aumentou em 29% entre 2006 e 2008, e que os gastos estaduais e municipais cresceram de 52% em 2006 para 55% em 2008. Um terço do gasto privado com saúde fez-se por empresas que proporcionam serviços ou seguros de saúde para seus empregados e por instituições de caridade nacionais ou estrangeiras. Os outros dois terços corresponderam a desembolsos diretos feitos pelas famílias para comprar medicamentos (37%), seguros privados (29%), serviços odontológicos (17%) e outros serviços (17%).

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Nas últimas décadas, o Brasil fez um esforço para ampliar o volume de recursos humanos com capacidade técnica a fim de satisfazer as crescentes demandas do SUS (45). Entre os desafios da gestão de recursos humanos para a saúde no país consta a necessidade de atrair e reter os profissionais de saúde, a má distribuição geográfica dos profissionais de saúde, a superespecialização e a formação e a gestão de recursos (46). Entre 2006 e 2009, o número de vagas oferecidas nos programas de capacitação em medicina, odontologia e enfermagem aumentou em 17,8%, 33,5% e 37,5%, respectivamente, e o número de médicos credenciados cresceu 9,8%. Seguindo a tendência geral de eliminar o trabalho informal, os empregos formais para enfermeiros e dentistas cresceram em 37,2% e 16,5%, respectivamente.

Ainda há importantes desigualdades na distribuição dos profissionais de saúde, mas houve algumas melhorias recentes através de mudanças gradativas na capacitação médica. Em 2006, dos 348.146 médicos com práticas no Brasil, 57,5% concentravam-se na Região Sudeste e apenas 3,9% prestavam serviços na Região Norte. Já em 2009, a proporção havia chegado a 51,8% para o Sudeste e 7,8% para a Região Norte.

Os esforços para reforma dos recursos humanos não têm se limitado aos médicos. Um estudo recente apresentou os principais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para formação do pessoal de saúde implementados entre 2006 e 2010. As atividades relacionadas com a gestão do trabalho insistem na participação dos trabalhadores na gestão, que inclui programas para acabar com a precarização do trabalho; a preparação de diretrizes e diretivas; a profissionalização da gestão, a execução de planos de cargos, salários e carreiras; e a produção de informações para apoiar a gestão (45).

SERVIÇOS DE SAÚDE

Acesso a medicamentos e tecnologia

O SUS visa garantir o acesso gratuito a medicamentos e a tecnologia em saúde para a grande maioria da população. Existe uma lista de medicamentos, que é revista a cada dois ou três anos, e um formulário terapêutico

nacional que orienta os médicos no uso racional de medicamentos. Um dos desafios do SUS é continuar assegurando, com recursos públicos, o acesso aos serviços e à tecnologia em saúde para toda a população. O volume de medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde durante o período 2003–2009 experimentou um aumento anual médio de 12,0%, à medida que o mercado farmacêutico cresceu a uma taxa anual de 12,9% entre 2002 e 2009 e a produção nacional de medicamentos, depois de mostrar uma queda contínua, aumentou 20,1% entre 2002 e 2009. Conforme determinado pela Constituição de 1988, todos os medicamentos registrados devem estar disponíveis para os cidadãos e, caso contrário, esses podem iniciar ações judiciais contra os gestores públicos caso não estejam disponíveis. Essa situação, conhecida como “judicialização da saúde”, é cada vez mais comum.

A Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma instituição-chave em nível nacional, estadual e municipal, cujo objetivo é garantir o cumprimento de funções reguladoras essenciais, tais como autorização de registro e comercialização, regulação da propaganda de medicamentos, avaliação da tecnologia em saúde e a farmacovigilância. Em 2011 foi pré-qualificada pela Organização Pan-americana da Saúde como agência reguladora nacional de referência para os medicamentos.

Existe uma crescente demanda por medicamentos e tecnologia inovadores, bem como por medicamentos para tratar doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão. Essas tendências geram novos desafios para os gestores públicos, como, por exemplo, a ampliação dos serviços oferecidos pela rede governamental da Farmácia Popular.

No Brasil são realizados, em média, anualmente, nove milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia (468 por 10.000); 300 milhões de exames laboratoriais (1,9 por pessoa); 1 milhão de tomografias computadorizadas (52 por 10.000); 160.000 ressonâncias magnéticas (8 por 10.000); 6,5 milhões de ultrassons (338 por 10.000); e 8 milhões de sessões de diálises (417 por 10.000).

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação técnica em saúde é um instrumento da política externa do Brasil e uma ferramenta eficaz

para alcançar objetivos no cenário internacional. A cooperação internacional foi um dos pivôs da Política Nacional de Saúde 2008–2010 e contribuiu para o desenvolvimento de um sistema de saúde sustentável. Embora 39% de toda cooperação esteja direcionada para a América do Sul e outros 39% para o Caribe (em especial, para o Haiti), 88% de seus recursos financeiros são investidos nos países lusófonos da África.

A cooperação com os países da América Latina e Caribe foca-se na formação e troca de experiências entre os países. Por outro lado, a cooperação com os países da África inclui atividades de formação, em combinação com a doação de equipamentos e suprimentos para a saúde, a reestruturação ou reconstrução de serviços de saúde e a transferência de conhecimentos, uma vez que, nestes países, é muito importante combinar a transferência de tecnologia com a formação dos profissionais da saúde.

O Brasil participa na cooperação horizontal ou Sul-Sul, conhecida também como cooperação estruturante para a saúde e baseia-se fundamentalmente na capacitação para o desenvolvimento, de modo que os aportes da cooperação técnica sejam incorporados às estruturas do país recipiente (47). O Mercosul continua sendo uma das prioridades do país. Os aspectos de segurança internacional são de interesse especial para o Brasil que, desde 2004, vem liderando o processo de manutenção da paz das Nações Unidas no Haiti.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

Nas últimas décadas, ocorreram no Brasil importantes melhorias nas condições de vida e no estado de saúde da população. Esse progresso está associado às mudanças políticas, econômicas e sociais que beneficiaram o país. Contudo, persistem grandes desafios. A necessidade de reduzir a carga das doenças negligenciadas, a demora em relação aos acordos ambientais e a melhoria do saneamento, especialmente nas áreas rurais, são exemplos dos problemas enfrentados pelo setor da saúde e pela sociedade como um todo. Existem notáveis desigualdades nos indicadores de saúde entre ricos e pobres, brancos e negros e indígenas, áreas urbanas e rurais, e entre homens e mulheres. Por outro lado, vale ressaltar o impacto positivo de políticas sociais muito bem sucedidas, tais como o SUS e o

PBF. O debate sobre o nível de sucesso dessas políticas na melhoria das condições de vida e redução da desigualdade social constitui um estímulo para enfrentar os desafios atuais do Brasil em matéria de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_tabelas_pdf.shtm Acessado em outubro de 2011.
2. Pochmann M. Traçando novos rumos: o Brasil em um mundo multipolar. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011.
3. Barros RP, Carvalho M, Franco S, Mendonça, et al. A queda recente da desigualdade de renda no Brasil. Texto para discussão 1258. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007.
4. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório da Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2008.
5. Pacheco L, Paes-Sousa R, Miazagi E, Falcão T, Medeiros da Fonseca A. The Brazilian experience with conditional cash transfers: a successful way to reduce inequity and to improve health. Brazil: World Conference on Social Determinants for Health; 2011.
6. Paes-Sousa R, Quiroga J. Programas de transferência de renda e redução da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil no período de 2004 a 2011. Uma análise da situação de saúde e do impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Presidência da República. Objetivos de Desen-

- volvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010.
8. Brasil, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde. IDB 2009. Periódico anual de circulação dirigida ao setor Saúde, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde e OPAS; 2009.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia51691&id_pagina51 Acessado em agosto de 2011.
 10. Brasil, Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação; Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Projeto PRODES. Monitoramento da floresta amazônica brasileira por satélite [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.obt.inpe.br/prodes/> Acessado em agosto de 2011.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
 12. Brasil, Ministério da Saúde. Informações de Saúde [Internet]; 2011. Disponível em: www.datasus.gov.br Acessado em agosto de 2011.
 13. Olmo NR, et al. A review of low-level air pollution and adverse effects on human health: implications for epidemiological studies and public policy. *Clinics* [online] 2011;66(4):681–690.
 14. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado [Internet]; 2011. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sissolo/default.asp> Acessado em julho de 2011.
 15. Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Defesa Agrícola. Câmara Temática de Insumos Agropecuários. Informações sobre o setor [Internet]; 2011. Disponível em: www.sindag.com.br/upload/OSetordeDefensivosagricolasnoBrasil.doc. Acessado em julho de 2011.
 16. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl5home Acessado em julho de 2011.
 17. Secretaria Nacional de Defesa Civil [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.defesacivil.gov.br/situacao/municipios.asp> Acessado em agosto de 2011.
 18. Brasil, Ministério do Meio Ambiente [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/sitio> Acessado em agosto de 2011.
 19. Parry ML, Canziani OF, Palutikof JP, Van Der Linden PJ, Hanson CE (eds.). Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, United Kingdom/New York, NY: Cambridge University Press; 2007.
 20. Brasil, Ministério da Saúde. Mudança Climática e Saúde: um Perfil do Brasil. Série Saúde Ambiental. Brasília: Ministério da Saúde e OPAS; 2009.
 21. Brasil, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Mudança Climática e Saúde: um perfil do Brasil. Série Saúde Ambiental 3. Brasília: Ministério da Saúde e OPAS; 2009.
 22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Eletrônico 2010;10(2) [Internet]; 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano10_n02_sit_epidemiol_zoonoses_br.pdf Acessado em dezembro de 2011.
 23. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009. Uma análise da situação de saúde e da agenda

- nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 25. Malta D, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2009. *Ciênc Saúde Colet* 2010;15(Supl. 2): 3009–3019.
 26. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Publica* 2007;23(3).
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados preliminares [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000408.pdf> Acessado em agosto de 2011.
 28. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link5tabelaestados.asp&U-F5BR> Acessado em agosto de 2011.
 29. Brasil, Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar, sim! Adoecer, não!” Coletânea de textos. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social; 2005.
 30. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
 31. Brasil, Ministério da Saúde. Portal Saúde SUS: profissional e gestor [Internet]; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area51498 Acessado em agosto de 2011.
 32. Barreto ML, et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377:1877–1889.
 33. Do Carmo GM, et al. Decline in diarrhea mortality and admissions after routine childhood rotavirus immunization in Brazil: a time series analysis. *PLoS Med* 2011;8:e1001024.
 34. Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2009.
 35. Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2009.
 36. Kerr L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2009.
 37. Szwarcwald C, de Souza JPR, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: Estimation of the prevalence of HIV, variance and design effect. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57: S129–S135.

38. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Monitoramento e Prevenção da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – Relatório Anual [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/newsletter/rede_rm/2009/100709_relatorio_2008.pdf Acessado em agosto de 2011.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo Nacional de Despesas Familiares. Rio de Janeiro: IBGE; 1975.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar 2008–2009 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/default.shtm Acessado em agosto de 2011.
41. Brasil, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
42. Brasil, Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2009 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
43. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social; 2009.
44. Paim J, Travassos, C, Almeida L, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778–1997.
45. Burchan J, Fronteira I, Dessault G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. *Hum Resour Health* 2011;9:17.
46. Victora C, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011;377(9782):2042–2053.
47. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. Brazil's Conception of South-South Structural Cooperation in Health. In: *Innovating for the Health for All. Global Forum Update on Research for Health*; 2009.