

# Uruguai



## INTRODUÇÃO

A República Oriental do Uruguai faz fronteira com a República Argentina e com a República Federativa do Brasil. Sua extensão territorial é de 176.215 km<sup>2</sup> e sua área marítima é de 125.057 km<sup>2</sup>. Sua forma de governo é a democracia representativa, com eleições realizadas a cada cinco anos e com o Estado dividido em três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. O país está dividido em 19 Estados, governados por um

governador e uma câmara legislativa. A Lei nº 18.567 (2009) de Descentralização Política e Participação Cidadã instituiu um terceiro nível de governo com a criação de 89 municípios. Nas eleições nacionais de 2009, a coalisão de esquerda Frente Ampla foi vitoriosa e o novo governo assumiu no dia 1º de março de 2010 com maioria no parlamento para o período de 2010-2014.

Em 2010, a população total do Uruguai era de 3.344.938 habitantes, com uma densidade populacio-

nal de 17,8 habitantes por km<sup>2</sup>, com 48,3% de homens e 51,7% de mulheres e uma razão de masculinidade de 93,4. A população é esmagadoramente urbana (98,1% em 2009, sem distinção de gênero), com quase 40% se concentrando em torno da e na capital do país Montevideo. É uma população que está envelhecendo, com uma pirâmide etária fusiforme. Em 2010, o grupo etário de 0-14 anos representava 22,8% do total e o de 60 anos ou mais, 17,8%. A população de 80 anos ou mais chegava a 3,7% da população, com 65,8% de mulheres (Figura 1). Em 2004, 32,1% da população vivia abaixo da linha da pobreza, encolhendo para 18,6% em 2010. No entanto, as taxas de pobreza são mais altas em crianças, com 33,8% das crianças de 0-5 anos vivendo abaixo da linha de pobreza em 2010, apesar da redução acentuada nessa taxa desde 2004 (56,4%) (1).

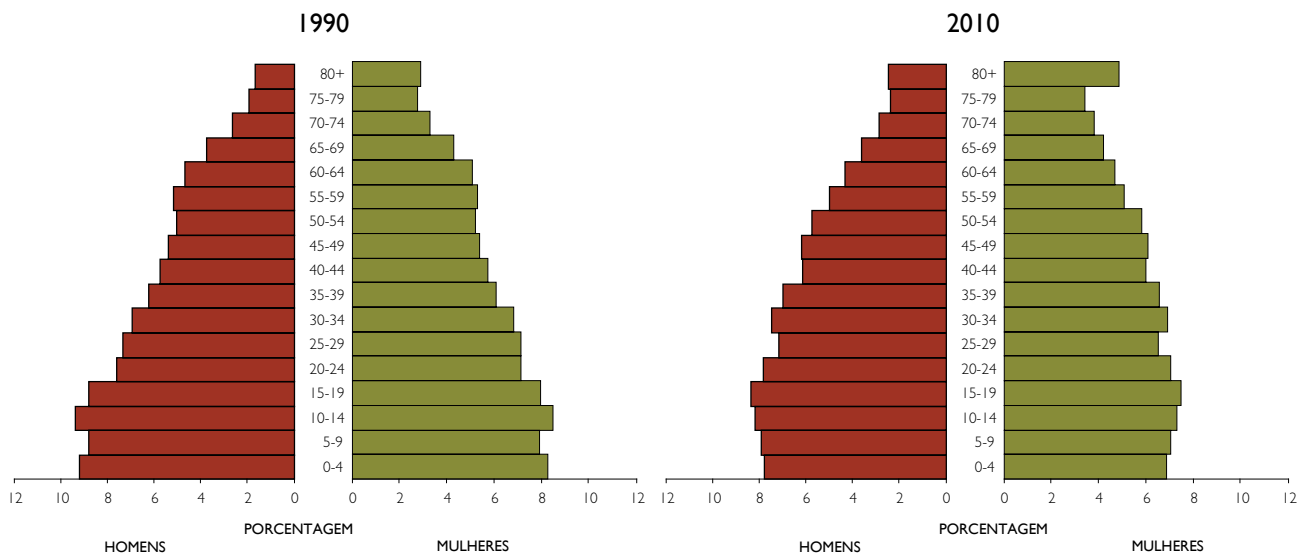
A esperança de vida ao nascer em 2009 era de 76,1 anos, com uma diferença de 7 anos entre homens (72,56) e mulheres (79,84). A taxa bruta de nascimentos era de 14,50 nascidos vivos por 1.000 habitantes e a taxa bruta de mortalidade de 9,39 por 1.000 habitantes. A taxa média de crescimento anual da população é de 0,348, enquanto a taxa global de fertilidade é de 1,99 filhos por mulher, inferior aos índices de reposição populacional.

Nos últimos anos, o país registrou um crescimento sustentado de sua economia. O Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 36% entre 2004 e 2010, passando de US\$ 13.167 milhões para US\$ 36.830 milhões, enquanto o PIB *per capita* aumentou de US\$ 4.003 para US\$ 11.999. A taxa de inflação anual foi de 9,2% em 2008 e 6,9% em 2010. A população economicamente ativa em 2010 era de 64,2%. A taxa de desemprego caiu de 10,9% em 2006 para 6,8% em 2010, sendo mais alta entre as mulheres.

## DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A educação foi universalizada para crianças na faixa etária de 4 e 5 anos, com, também, uma cobertura importante para crianças de 3 anos. Há vários serviços integrais fornecidos por meio do Plano de Equidade (2). A cobertura de educação secundária em 2008 era de 70%, abaixo da meta esperada de universalização até 2015. O Plano Ceibal busca reduzir a exclusão digital, tanto em relação aos outros países como entre os uruguaios, como forma de oferecer maior e melhor acesso à educação e à cultura. Nesse sentido, busca-se facilitar o uso de novas tecnologias da informação com

**FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo<sup>a</sup>, Uruguai, 1990 e 2010**



A população aumentou 8,4% entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma forma piramidal relativamente estreita e com representação de grupos etários que refletiam certo envelhecimento da população. Em 2010, a pirâmide se afinou, com certa semelhança nos grupos etários menores de 55 anos, mostrando o aumento proporcional de mulheres maiores de 80 anos de idade, em consonância com a relativamente baixa fertilidade e a redução da mortalidade das últimas oito décadas.

Fonte: Escritório do Censo dos Estados Unidos. Base de dados internacionais. Atualização em dezembro de 2010.

<sup>a</sup> O percentual de cada grupo de idade é sua proporção em relação ao total de cada sexo.

a distribuição gratuita de computadores pessoais portáteis com acesso à Internet a todos os estudantes. Em 2009, foram entregues 380.000 computadores, dos quais 362.000 foram para estudantes e 18.000 para docentes da educação primária. Há 220.000 domicílios que possuem seu primeiro computador – a metade sendo do quintil mais pobre da população – e 2.068 escolas foram conectadas à Internet. Medidas foram tomadas para ampliar estes benefícios às escolas secundárias e técnicas, para as quais se espera entregar 100.000 computadores.

O Instituto Nacional das Mulheres tem um papel importante no empoderamento das mulheres e na promoção da igualdade de gênero, trabalhando com organizações da sociedade civil que participam ativamente da definição da agenda pública. Apesar dos avanços, persistem iniquidades de gênero nas oportunidades e condições de trabalho. A participação de mulheres na força de trabalho entre 1990 e 2009 teve uma evolução crescente, porém lenta, produzindo uma lacuna no acesso ao trabalho remunerado (53,7% de mulheres e 74,4% de homens em 2009). As mulheres devotam mais tempo que homens em trabalhos não remunerados, tornando necessário um sistema integrado para superar essas desigualdades. O valor da remuneração por hora de trabalho para mulheres é 10% menor que para homens. As mulheres ocupam 14% das cadeiras do Parlamento.

As políticas sociais apenas recentemente focaram nas condições de vida da população afrodescendente (300.000 habitantes, 10% da população total). Essa enfrenta uma situação claramente desfavorável em relação ao resto da população: sua participação no médio e superior é bem mais baixa, sua taxa de pobreza é o dobro, além de enfrentar condições adversas no mercado de trabalho (2,3).

O Uruguai, por suas condições de solo e climáticas, é um bom produtor de alimentos. O Ministério da Saúde Pública (MSP) tem priorizado o enfrentamento da desigualdade a exclusão social em relação à alimentação e nutrição. Um percentual significativo de crianças e de adolescentes gestantes sofre de desnutrição crônica e da carência de nutrientes essenciais, e, ainda assim, existe uma epidemia de sobrepeso e obesidade. A desnutrição é abordada por programas específicos em nível nacional, priorizando as crianças menores de 5 anos e as gestantes, em coordenação com

o Ministério do Desenvolvimento Social, o Instituto Nacional de Alimentos, prefeituras e outros ministérios. São implementados programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo a promoção de alimentação saudável e estilo de vida ativo, com controles periódicos do estado de saúde (4).

## MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

### ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

A maioria dos domicílios (92,3%) tem acesso à água potável ligada à rede geral de Obras Sanitárias do Estado. O restante da população (7,7%) ainda consome água com menores garantias de qualidade, embora 5,7% a obtenham de poços artesianos protegidos. A cobertura de saneamento conecta 63,5% dos domicílios à rede geral de esgoto, enquanto 36,5% dos domicílios utilizam outras formas de manejo dos dejetos menos confiáveis, como, por exemplo, campos de lixiviação e fossas sépticas, com propensão à contaminação e outros, especialmente em áreas urbanas (5). O Programa de Saneamento de Montevideo (PSU IV), que está em andamento, prevê 100% de cobertura de saneamento para a população da capital.

### RESÍDUOS SÓLIDOS

A gestão dos resíduos sólidos no Uruguai cabe aos governos estaduais e tem avançado rumo a uma maior cobertura e modernização, bem como uma melhora notável dos planos de coleta e eliminação. Em 2005, foi implementado o Plano Diretor de Gestão de Resíduos Sólidos de Montevideo e Área Metropolitana.

### DESMATAMENTO E DEGRADAÇÃO DO SOLO

As florestas ocupam 3,7% do território. A mata nativa está protegida pela Lei Florestal nº 15.939, que proíbe a atividade madeireira nesses territórios (6). A degradação do solo tem se agravado com a exploração florestal. Segundo o Ministério de Pecuária, Agricultura e Pesca, a erosão afeta 30% das terras destinadas à agropecuária, das quais 87% são destinadas ao cultivo de frutas e legumes. A poluição do ar não é um problema significativo.

## **POLUENTES ORGÂNICOS PERSISTENTES**

A Direção Nacional de Meio Ambiente monitora um projeto para o desenvolvimento de capacidade para a gestão ambiental de poluentes orgânicos persistentes (POP), visando aumentar a supervisão e o conhecimento sobre estes compostos.

## **PESTICIDAS**

O país importa 6.000 toneladas de pesticidas anualmente. O Departamento de Toxicologia da Escola de Medicina da Universidade da República do Uruguai é Centro Colaborador da OPAS/OMS em Toxicologia Ambiental Humana. O Centro de Informação e Assessoria Toxicológica (CIAT) é a área responsável por responder às emergências, funcionando como centro nacional de controle de intoxicações. O Ministério de Pecuária, Agricultura e Pesca registra por ano mais de 1.000 produtos comerciais com quase 300 princípios ativos. Os transtornos agudos ligados a pesticidas representam 16,5% de todas as consultas ao CIAT, das quais 76% estão associadas aos pesticidas domésticos (raticidas e inseticidas). No âmbito agrícola, 36% dos transtornos são causados por inseticidas, com um terço destes ligados a acidentes no local de trabalho (7).

## **AMBIENTE DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES**

A saúde do trabalhador mostra avanços, incluindo a efetivação das políticas para ambientes de trabalho saudáveis, a instalação de comissões de apoio à saúde e segurança do trabalhador, conselhos de negociação salarial, a atualização em doenças profissionais (de acordo com as recomendações da OIT de 2011) e maior cobertura em saúde (8).

## **SEGURANÇA NO TRÂNSITO**

A Unidade Nacional de Segurança no Trânsito foi criada para regular e coordenar todas as ações relevantes a partir do gabinete do Presidente da República. Os acidentes automobilísticos surgem como um problema de saúde pública comparável às epidemias. Em 2010, 28.510 pessoas foram feridas em colisões (5% a mais que em 2009), com 556 mortes (3,9% a mais que em 2009), dentre os quais predominaram vítimas do

sexo masculino (75%) e pessoas na faixa etária de 15-39 anos (50% das lesões).

## **VIOLÊNCIA**

No que concerne à violência de gênero, em torno de 75 casos de violência são notificados a cada ano, que são apenas a ponta do iceberg de um problema ainda amplamente silenciado. As denúncias anuais por violência doméstica passaram de 12.450 em 2008 para 15.277 em 2010, com um aumento acima de 20%. Das mulheres assassinadas em 2010, 44% foram agredidas por companheiros ou antigos companheiros (9). Desde 2007, estão funcionando equipes para enfrentar o problema da violência doméstica e saúde; o processo é promovido pelo Programa de Violência e Saúde, por meio de uma Rede de Combate à Violência Doméstica e Sexual, que, em 2009, articulava 72 equipes em instituições públicas e privadas. Os serviços de saúde incluíram um questionário de rotina sobre violência doméstica no histórico clínico de pacientes, seguido pelo aconselhamento (10).

## **DESASTRES NATURAIS**

Com referência às emergências e desastres, o Sistema Nacional de Emergências (SINAE) foi estabelecido no gabinete da Presidência da República para fornecer coordenação, prevenção e ajuda nos casos de desastres sazonais, sobretudo as inundações fluviais.

## **MUDANÇAS CLIMÁTICAS**

O pequeno tamanho do Uruguai facilita a implementação de planos de ação para mudanças climáticas. Entre estes estão o fortalecimento dos sistemas de registro, a implementação de planos de vigilância sanitária específicos, uma política energética que visa a diversificação.

## **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

Os principais problemas relacionados com a segurança alimentar e nutricional são o excesso, incluindo o sobrepeso, a obesidade e a alta prevalência de doenças crônicas relacionadas à alimentação. Estes coexistem com problemas de deficiência nutricional, como o atraso no crescimento (desnutrição crônica) e falta

de micronutrientes (por exemplo, anemia ferropriva). Foram implementados vários programas desde 2005, visando a população em risco de déficit nutricional. Incluem-se a iniciativa do Ministério da Saúde Pública e da UNICEF de acreditação dos Centros de Saúde com Boas Práticas de Alimentação de Lactentes e Jovens Crianças.

### SEGURANÇA ALIMENTAR

Há uma baixa incidência de doenças transmissíveis por alimentos, com quase 400 casos por ano – a infecção por salmonela responde por 30% dos casos (11). As preocupações com alimentos tem engendrado uma crescente articulação entre instituições privadas, governos locais, o Laboratório Tecnológico do Uruguai, o Ministério da Saúde Pública e o Ministério de Pecuária, Agricultura e Pesca. A Organização Mundial da Saúde Animal (OIE) certificou o país como livre da febre aftosa com vacinação e livre de encefalopatia espongiforme bovina.

## CONDIÇÕES E TENDÊNCIAS EM SAÚDE

### PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

#### Saúde Materna e Reprodutiva

O Uruguai apresenta uma das taxas de mortalidade materna mais baixas da Região com 8,48 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2010. No entanto, permanece bem acima da taxa de 4 por 100.000 nascidos vivos estabelecida pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) nº 5 para 2015 (12-14).

Desde 2005, diferentes linhas de ação têm sido implementadas nas políticas com enfoque de gênero e direitos (1) melhora da qualidade da atenção e do acompanhamento durante gravidez, parto e puerpério; (2) distribuição gratuita de métodos contraceptivos, inclusive para adolescentes; e (3) implementação do Decreto nº369 sobre a estratégia de redução de lesões decorrentes de abortos realizados em condições de risco (14). Em 2009, 77% das mulheres utilizaram métodos contraceptivos (12).

A partir de 2008, priorizaram-se o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças sexualmente

transmissíveis, com ênfase em sífilis e HIV/Aids. A Lei nº 18.426 (2008) de Defesa do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva prioriza o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais e interdisciplinares. Não prevê, no entanto, a interrupção legal da gestação.

#### Crianças (menores de 5 anos)

A taxa de mortalidade infantil em 2010 foi de 7,7 por 1.000 nascidos vivos. As políticas e programas de saúde para a primeira infância têm apresentado bons resultados, contribuindo também para a redução da mortalidade das crianças menores de 5 anos. Crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g) foram de 8,3% no período 2005-2008 (15). As políticas de saúde, enquadradas no Plano de Equidade (2007-2015) e na Estratégia Nacional para Crianças e Adolescentes (2010-2030) consideram articulações intersetoriais e envidam esforços para ampliar a cobertura assistencial pelo Seguro Nacional de Saúde. A melhora contínua das políticas econômicas, sociais e de saúde com ênfase na atenção pré-natal, da primeira infância e dos grupos marginalizados contribuem para um cenário positivo para a saúde da criança no país.

#### Escolares (6-12 anos de idade)

Uma equipe técnica intersetorial do Ministério da Saúde Pública e do Conselho de Ensino Precoce e Fundamental (CEIP) trabalha na implementação da estratégia Escolas Promotoras da Saúde em todo o país.

#### Adolescentes (13-17 anos)

Entre 2005 e 2010, foram elaborados e implantados um programa específico e diretrizes clínicas de atenção integral à saúde dos adolescentes. Foram estabelecidos espaços especiais de atendimento aos adolescentes nas instalações de saúde pública e introduzidas carteiras de identidade para adolescentes no marco do Plano de Equidade (16, 17). Em 2009, 31,5% dos adolescentes entre 13 e 17 anos viviam em domicílios situados abaixo da linha de pobreza. Em 2010, a gravidez na adolescência aumentou para 26% do total em unidades de maternidade do setor público em Montevideo.

## Saúde do Adulto

Foram preparadas diretrizes clínicas para as doenças mais prevalentes. Um estudo sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis realizado em 2006 mostrou que apenas 2,7% da população adulta não estava exposta a fatores de risco, enquanto 56,8% da população estava exposta a três ou mais fatores de risco (18).

### Idosos (65 anos de idade ou mais)

Foram adotados regulamentos, protocolos e diretrizes para a atenção integral à saúde do idoso no âmbito público e privado, entre as quais se destaca, em 2007, a regulamentação da Lei nº 17.796 (1998), que estabelece categorias de instituições residenciais que hospedam idosos. Outras medidas foram protocolos para a gestão das principais síndromes geriátricas no nível primário (2007); a implantação nacional do cartão do idoso como meta do Fundo Nacional de Saúde (FONASA); a elaboração de benefícios prioritários para o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS); e a publicação do “Guia de Preparação para a Aposentadoria Saudável” (2008). Em 2009, foram aplicadas as regras aos estabelecimentos que albergam idosos e dos serviços de atenção ao familiar cuidador do idoso, e foi elaborado o “Guia para cuidadores domiciliares de idosos”. Estudos realizados em 2006 identificaram uma prevalência de deficiência de 18,3% em pessoas de 65 a 74 anos e 32,5% na faixa de 75 anos ou mais (19).

### Grupos Étnicos ou Raciais

Foram envidados esforços na população afrodescendente para combater a discriminação com relação a pessoas vivendo com HIV/Aids e promover os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Permanece pendente a atenção aos grupos de imigrantes sul-americanos.

### Pessoas com deficiência

As deficiências afetam a 7,6% da população urbana, estimando-se um total de 210.400 pessoas com pelo menos um tipo de deficiência. Dos idosos de 60 anos

ou mais, 17% precisam de assistência para realizar as atividades cotidianas, mas apenas 26% a recebem (20).

## MORTALIDADE

O Ministério da Saúde Pública produz informação de alta qualidade a partir dos atestados de óbito. A taxa bruta de mortalidade em 2009 foi de 9,62 por 1.000 habitantes (32.179 mortes) (21).

As doenças crônicas não transmissíveis constituem a principal causa de mortes no Uruguai. Em 2008, 79,45% das mortes ocorreram por quatro grandes grupos de causas: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do sistema respiratório e causas externas (22). A primeira causa de mortalidade por câncer em homens foi do câncer de pulmão (45,32%), seguida pelo de próstata (22,13%) e colorretal (11,37%); entre as mulheres, foram o câncer de mama (22,74%), colorretal (12,65%) e de pulmão (6,43%) (23).

Em 2010, a taxa de mortalidade infantil foi de 7,7 por 1.000 nascidos vivos, com predomínio da mortalidade neonatal (4,02 por 1.000). As principais causas de morte foram as perinatais (27%) e as malformações congênitas (21%) (24). A taxa de mortalidade em menores de 5 anos em 2009 foi de 10,9 por 1.000 nascidos vivos. A meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é reduzir em dois terços a mortalidade em menores de 5 anos até 2015, partindo do valor registrado em 1990, ou seja, 7,8 por 1.000 nascidos vivos. Para isso, serão necessárias ações específicas direcionadas aos grupos em risco e marginalizados e estratégias para eliminar as inequidades territoriais (25). Houve um total de 2.383 mortes em adolescentes e jovens adultos entre 2005 e 2009, das quais 60% por causas externas (acidentes de trânsito, suicídios e homicídios), sendo 80% do sexo masculino (26).

## MORBIDADE

### Doenças Transmissíveis

#### *Doenças Transmitidas por Vetores*

Não existem casos de dengue autóctone. O mosquito *Aedes aegypti* está presente em vários estados, especialmente no litoral oeste e nos entornos da capi-

tal. Em 2010, a vigilância entomológica, mediante o método Pesquisa Rápida do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* encontrou índices de infestação predial inferiores a 3,9% (risco baixo para médio), graças a um rigoroso plano de prevenção para o controle de infestação (27). Em relação à doença de Chagas, o Uruguai certificou em 1997 a interrupção da transmissão vetorial do *Trypanosoma cruzi* pelo *Triatoma infestans*. São envidados esforços para eliminar focos residuais destes vetores em três estados: Rivera, Tacuarembó e Colonia (28). Não há casos notificados de Leishmaniose humana nem animal; em 2010, detectou-se o vetor *Lutzomyia longipalpis* em Bella Unión, no estado de Artiga, o no estado de Salto.

#### *Doenças Imunopreveníveis*

O programa de imunização obrigatório e gratuito foi bem sucedido na redução de incidência dessas doenças, mantendo a cobertura de e acesso à vacinação, introduzindo novas vacinas e fortalecendo a participação pública e privada. Desde 1987, a Comissão Honorária para a Luta contra a Tuberculose e as Doenças Prevalentes é responsável pela operacionalização do Programa Nacional de Imunização, com 95%-97% de cobertura da população alvo. Não houve casos novos de sarampo ou rubéola. O tétano foi reduzido mediante a obrigatoriedade da vacinação para crianças e adultos, com a notificação de apenas um caso em 2009. O último caso de difteria aconteceu em 1975. A hepatite B foi controlada ao incluí-la em 1999 nas Séries Certificadas de Vacinação; em 2010, foram notificados 435 casos de hepatite que não do tipo A (B, C, outras), com taxa de 13,42 por 100.000 pessoas (29).

#### *Zoonoses*

Não foram notificados casos de raiva humana ou canina entre 2006 e 2010. Isso é um progresso no processo para a certificação do país como sendo livre da raiva canina V1 e V2, segundo as recomendações das 10<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> Reuniões dos Diretores de Programa de Controle da Raiva na América Latina (REDIPRA) (30). A hantavirose é endêmica e 18 casos foram notificados em 2010 (29), afetando principalmente os homens e sendo relacionada com o trabalho rural e a residência em regiões rurais e periurbanas ao sul do Río Negro. A

leptospirose é endêmica, com surtos epidêmicos, tem caráter predominantemente ocupacional e distribuição focal, sendo encontrada em territórios de pecuária leiteira e cultivo de arroz, em zonas socioeconomicamente marginais com infraestrutura precária e propensas a inundações. Em 2010, houve 97 casos, com uma incidência de 2,99 por 100.000 pessoas (29). No mesmo ano, foram notificados 15 casos de brucelose entre trabalhadores de matadouros. A equinococose cística (hidatidose) é endêmica em áreas rurais de criação pecuária, pequenos povoados e assentamentos urbanos marginais. A triagem por ultrassom de pessoas vivendo em áreas de risco detecta uma prevalência de imagens císticas de 1%-2%. O programa de controle é de responsabilidade da Comissão Nacional Honorária de Zoonoses (Lei nº 17.930 de 2005), e seu plano estratégico adota um enfoque integral da interface humano-animal-ambiente e o fortalecimento da participação comunitária (31). O plano conta com o apoio e a cooperação técnica do Projeto Sub-regional do Cone Sul de Vigilância e Controle da hidatidose.

#### *Doenças negligenciadas e outras doenças relacionadas à pobreza*

Em 2002, o Uruguai alcançou a eliminação nacional e subnacional da hanseníase como problema de saúde pública. Os casos residuais se concentram no noroeste do país; em 2010, houve 11 casos em maiores de 5 anos de idade (32). Com referência às geohelmintíases, as áreas prioritárias são os assentamentos informais em zonas urbanas e periurbanas. Um convênio interinstitucional entre o governo de Montevideu e a Faculdade de Medicina entre 1999 e 2008 permitiu a realização de triagem em 6.205 de crianças de 0 a 3 anos em creches, cuja prevalência observada foi de 8%; a incidência anual foi de 5,4% em 2000 e 9,8% em 2008 (33).

#### *HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*

As ações nacionais mantiveram uma baixa prevalência de HIV/Aids na população geral (0,42) para 2008-2009 (34). A epidemia se concentra nos grupos mais vulneráveis (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e detentos). Entre 2005 e 2010, 54,1% dos casos corresponderam a homens. A taxa de

mortalidade por Aids foi de 5,05 por 100.000 pessoas em 2009. No mesmo ano, 75% dos novos casos de HIV foram notificados em Montevideu e 25% no restante do país. Desde 1997, a legislação preconiza o acesso universal ao tratamento com antirretrovirais, mas a cobertura é estimada em 83% (34). Os desafios atuais são baixar os custos da medicação, facilitar o acesso da população mais vulnerável, oferecendo serviços mais amigáveis ao usuário e capacitando conselheiros em todos os níveis e promover o diagnóstico precoce. Tais desafios serão abordados pelo projeto “A Caminho da Inclusão Social da População mais Vulnerável e do Acesso Universal à Prevenção e Atenção Integral em HIV/Aids no Uruguai” – aprovado do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária na sua 10ª Rodada. Além disso, haverá cooperação contínua entre o Grupo Temático sobre HIV/Aids das Nações Unidas e a Comissão Uruguaia de Combate a HIV/Aids (CONASIDA).

#### *Doenças Emergentes*

Durante a pandemia da gripe influenza A (H1N1), um plano de contingência nacional intersetorial permitiu que a vigilância e o tratamento dos casos funcionassem adequadamente. O fato de a maioria dos pacientes terem sido tratados em domicílio por profissionais de saúde evitou a superlotação de hospitais, e houve ainda ampla receptividade da vacinação. Está em andamento um projeto de fortalecimento da vigilância epidemiológica das infecções respiratórias agudas graves (IRAG).

#### *Doenças Crônicas Não Transmissíveis*

A Primeira Pesquisa Nacional sobre Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2006 na população urbana adulta (25-64 anos) evidenciou uma taxa de hipertensão arterial de 30,4% (33,4% nos homens), de sobrepeso ou obesidade de 56,6% (60,1% em homens) e colesterol elevado em 29,2% (18).

#### *Doenças cardiovasculares*

As doenças cardiovasculares predominam nas taxas de morbidade da população adulta e idosa. O controle da doença coronariana tem melhorado por meio de novos

métodos diagnósticos e tratamento, bem como pela instalação de unidades coronarianas fixas e móveis. O controle e o acompanhamento da hipertensão arterial são deficientes. As internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio caíram 17%.

#### *Neoplasias Malignas*

O Cadastro Nacional de Câncer permite estimar a incidência e as tendências. Entre os homens, predomina o câncer de próstata (55,7 por 100.000) e, entre as mulheres, o de mama (71,3 por 100.000) (35). Das altas hospitalares em nove instituições privadas em 2009, as neoplasias representavam 7,8% (36). A Rede Nacional de Oncologia trabalha na prevenção e atenção. O Manual de Cuidados Paliativos em Oncologia para a Atenção Primária foi publicado em 2008.

#### *Diabetes*

A Pesquisa sobre Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis de 2006 revelou uma prevalência de elevados níveis de glicemia no sangue de 5,5% na população investigada (6,2% em homens). Estuda-se um projeto de lei para instituir um programa nacional de diabetes para prevenção, serviços de saúde de alta qualidade, promoção de estilos de vida saudáveis e estabelecimento de um cadastro nacional de diabéticos.

#### *Doenças Nutricionais*

Na população de 24 a 64 anos, 56,6% estão com sobrepeso ou obesos (60,1% em homens). O consumo de frutas e verduras é insuficiente em 85% da população (18). Dados da UNICEF sobre crianças de até 24 meses de idade em 2007 apontam uma prevalência de atraso no crescimento de 11,3%, déficit de peso de 3,4%, caquexia de 1,9% e obesidade de 8,5%.

#### *Transtornos mentais*

Na saúde mental, houve reformulação dos planos de controle e monitoramento, produção de diretrizes e indicadores e implementação progressiva de benefícios. A taxa de suicídios chegou a 17 por 100.000 no período 2006-2010.



## Outros problemas de saúde

### Saúde Bucal

A inclusão do componente de saúde bucal no Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) foi determinada por decreto publicado em 2008 e a definição de benefícios exigidos para todos os prestadores de serviço de saúde foi incluída no Plano Integral de Atenção à Saúde. Em 2010, numa população de 4.817 crianças, 33,9% tinham cáries na dentição permanente e 39,3% na dentição decídua.

### Fatores de Risco e Proteção

#### Tabagismo

Segundo dados da Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco (OMS), a prevalência de tabagismo caiu de 32% em 2006 para 24% em 2009, atribuível aos efeitos da Lei nº 18.256 sobre o controle do tabagismo. A exposição ao fumo nos ambientes de trabalho diminuiu de 36% para 17%.

#### Alcoolismo

A ingestão abusiva de álcool<sup>1</sup> é mais prevalente entre os homens (17,4%) do que entre as mulheres (7,9%), sendo os maiores níveis de abuso registrados em homens na faixa etária de 25 a 34 anos (23,3%) e em mulheres de 35 a 44 anos (8,7%) (16).

#### Drogas ilícitas

A estratégia nacional de combate às drogas ilícitas é coordenada pelo Conselho Nacional de Drogas, ao qual cabe elaborar políticas públicas e garantir os direitos individuais e coletivos. Conta-se com um Plano Nacional Integrado de Combate ao Narcotráfico e Lavagem de Dinheiro. Equipes de saúde instituíram uma Rede de Tratamento da Toxicodependência e criaram centros de tratamento especializados.

1 Ingestão abusiva de álcool é definida assim: para homens = cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em um dia durante os últimos setes dias; em mulheres = quatro ou mais doses de bebida alcoólica em um dia durante os últimos setes dias.

### Atividade física

O sedentarismo afeta 35% da população, enquanto 38% das pessoas têm um alto nível de atividade física. As mulheres tendem a ser mais sedentárias (40,7%) (15).

## POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

O país tem avançado quanto ao seguro universal de saúde no marco da reforma estrutural iniciada em 2008, que promove mudanças nos modelos de gestão, atenção e financiamento, com duas ferramentas principais para sua implementação e sustentação: o Sistema Nacional Integrado de Saúde, como expressão organizacional e funcional da rede assistencial público-privada de serviços, e o Fundo Nacional de Saúde (FONASA), que financia a atenção à saúde com recursos do seguro público obrigatório. Estas são acompanhadas por uma reforma tributária e um novo regime de proteção social que reflita a decisão política de promover a redistribuição de renda e a proteção social dos setores mais vulneráveis.

A universalidade, as contribuições dos beneficiários conforme sua renda e a alocação dos benefícios segundo as necessidades, são os critérios fundamentais de um projeto baseado na solidariedade e no reconhecimento de direitos consistentemente exigíveis. O aumento do orçamento público e o aumento do gasto social público viabilizou o uso de recursos fiscais para complementar as contribuições individuais à previdência social. Priorizam-se intervenções que beneficiem crianças e jovens, num contexto moldado pelo ciclo biológico, social e intergeracional da pobreza e da exclusão. Para enfrentar a estratificação social do sistema, a reforma promoveu a cooperação interinstitucional, fortaleceu a função de gestão, a implementação de políticas setoriais e a efetiva execução das funções essenciais da saúde pública. Um diálogo político e social foi iniciado entre os diversos atores implicados no processo de proteção e promoção da saúde, e o financiamento da saúde foi incorporado num fundo público obrigatório, outorgando ao Estado o poder regulatório e de planejamento.

### O PAPEL GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

A constituição do SNIS e do FONASA viabilizou a consolidação do papel gestor exercido pelo Ministé-

rio da Saúde Pública e o Conselho Nacional de Saúde (JUNASA). São assinados contratos de desempenho com prestadores públicos e privados que regulam sua prestação de serviços e garantem a qualidade da atenção. Esses acordos dispõem sobre sanções na eventualidade de os prestadores não cumprirem a entrega dos benefícios contratuais, de modo a assegurar a integridade e sustentação das mudanças nos modelos de atenção e gestão. O monitoramento está sob a responsabilidade de um órgão de inspeção exclusivo.

O Ministério da Saúde Pública detém a responsabilidade de gestão setorial, definição das funções essenciais de saúde pública e regulação, habilitação e acreditação dos serviços e profissionais de saúde. O JUNASA monitora os esquemas de cobertura e financiamento e regula a prestação de serviços.

Instituto de Previdência Social (Banco de Previdência Social) realiza a gestão administrativa e contábil do FONASA. Esse processo aproveita a capacidade instalada de cobertura de previdência social do país e evita a criação de uma nova e incômoda burocracia para cumprir funções que agências existentes com experiência de gestão já estavam realizando.

### DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em março de 2010 decidiu-se ampliar gradualmente a cobertura pelo FONASA e melhorar a qualidade assistencial na “Segunda Etapa da Reforma do Sistema de Saúde”. Essa fase caracterizou a descentralização da Administração dos Serviços da Saúde do Estado (ASSE) e ressaltou o papel do Conselho Nacional de Saúde (JUNASA), que é o organismo responsável pela gestão do sistema. Seu conselho de administração é composto por representantes do Ministério da Saúde Pública, o Banco de Previdência Social, o Ministério da Economia e Finanças, os sindicatos, os usuários e prestadoras de serviços públicas e privadas. O JUNASA assina contratos de desempenho com os prestadoras públicas e privadas (37), cujas cláusulas fundamentais promovem os serviços de saúde baseados na atenção primária, determinam as garantias explícitas do Plano Integral de Atenção à Saúde e estabelecem metas de prestação de serviço para avaliar o desempenho segundo as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde Pública. Também, a ASSE assina acordos de desempenho com

suas unidades executoras para garantir a melhoria da atenção em saúde.

O modelo de gestão inclui instrumentos para promover a participação e o controle social pelos usuários em diferentes níveis do sistema de saúde. Além de avanços na promoção da participação social, houve progresso na reforma e no fortalecimento da atenção primária em saúde. Um conjunto de intervenções integrais e integradas está sendo implementadas pelos serviços de saúde que compõem o Sistema Nacional Integrado de Saúde, ensejando a constituição de redes locais de instituições. A reforma ajudou a reduzir a desigualdade medida pelo Coeficiente de Gini (de 0,4628 para 0,4526) e foi positivamente em geral. Pesquisas de opinião realizadas em 2011 mostraram que 65% da população avaliaram a reforma como “boa” ou “muito boa” e apenas 9% como “ruim”.

### LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

Entre 2005 e 2007, num intenso debate parlamentar e público sobre os conteúdos e o alcance da reforma sanitária, quatro projetos de lei foram elaborados para codificar seu arcabouço jurídico-institucional: a Lei nº 18.131, que estabeleceu o FONASA; a Lei nº 18.161, que deu disposições sobre a descentralização da ASSE; a Lei nº 18.211, que criou o SNIS; e a Lei nº 18.335, que definiu os direitos e deveres dos pacientes e usuários de serviços de saúde. Estes instrumentos estabelecem as competências, os direitos e as obrigações de todas as instituições que conformam a rede assistencial, assim como a sequência o cronológica das mudanças, os contingentes populacionais afetados e os critérios para a integração progressiva ao FONASA, para calcular e providenciar o financiamento da reforma enquanto evolue ao longo do tempo. A Lei nº 18.161, que dispõe sobre a descentralização da ASSE, retirou do Ministério da Saúde Pública o principal prestador público integral, explicitamente separando as funções de gestão e governança do sistema das funções de prestação de serviços assistenciais, sendo ambas essas funções eram exercidas pela mesma figura institucional e jurídica. A ASSE foi reformulada numa empresa pública independente do Ministério da Saúde Pública, uma mudança que a habilita formalmente a estabelecer relações de complementariedade e concorrência com o restante dos serviços. A Lei nº 18.211 é o mar-

co legal de criação do SNIS, articulando o conjunto das disposições e diretrizes que definem a estrutura do sistema de saúde como um todo.

O SNIS, que é a expressão política e funcional da reforma sanitária, foi concebido e implementado com as reformas tributária, educacional e trabalhista; É componente fundamental do Plano de Equidade criado em 2007. Como resposta urgente à emergência social que afetam a população mais vulnerável, medidas foram tomadas para constituir uma vasta rede de proteção social que inclui programas de transferência de renda condicionada (conhecidos como Salário Cidadão e o Novo Regime de Salário-Família), em que as famílias beneficiárias devem cumprir obrigações em relação a saúde e educação. Outros elementos da rede são a concessão do cartão alimentação para aqueles que têm necessidades nutricionais negligenciadas, promoção do trabalho para jovens e mulheres e a universalização da educação infantil e da educação física.

#### **GASTOS E FINANCIAMENTO EM SAÚDE**

O gasto com saúde cresceu 23,1% no período 2004-2008, atingindo US\$ 2,41 bilhões em 2008, o que representa 7,5% do PIB. O gasto *per capita* com saúde cresceu 22%. A proteção social em saúde cresceu sob o marco do SNIS em dois sentidos: passou a cobrir todo o núcleo familiar – incorporando gradativamente filhos e cônjuges dos contribuintes – e se tornou um seguro vitalício. O fundo redistribui os recursos financeiros dos grupos populacionais de menor risco e com menor uso dos serviços de saúde para os grupos de maior risco e com uso mais intensivo dos serviços (sendo os riscos associados a idade e sexo). Isso elimina a distorção decorrente de seleção adversa de usuários e fortalece a solidariedade intergeracional. O pagamento de bônus aos provedores pelo cumprimento das metas de prestação de serviços é, em média, de 10% da “quota de saúde”, e é concedido mediante a confirmação do cumprimento dos objetivos de saúde pactuados (por exemplo, a conclusão do esquema de imunização nos menores de 12 anos de idade).

A distribuição dos gastos promove também maior justiça social. Em 2005, o gasto mensal por usuário do setor privado era de US\$ 45 e US\$ 14 na ASSE, numa relação de 3 para 1. Para remediar essa situação, o orçamento da ASSE passou de US\$ 190

milhões anuais em 2005 para US\$ 690 milhões em 2011. A ampliação da cobertura pelo FONASA reduziu a população usuária da ASSE em quase 300.000 pessoas. O sistema permite a livre escolha dos serviços, e a maioria da população optou por prestadores privados, pesando nessa decisão a avaliação generalizada de que os serviços públicos são destinados aos pobres e possuem menor qualidade. O gasto em 2010 foi de US\$ 48 por usuário por mês no setor privado e de US\$ 41 na ASSE, com uma relação de 1,2 para 1.

As mudanças no sistema de saúde também permitiram maior acesso da população aos serviços eliminando totalmente (ou em alguns casos reduzindo) as comparticipações, que impedem o acesso em um modelo de atenção que realça a prevenção e a reabilitação.

#### **POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Em 2010 o Ministério da Saúde Pública criou a Divisão de Recursos Humanos com objetivo de priorizar o desenvolvimento de trabalhadores de saúde. Adotou um modelo que prioriza a construção de capacidade e a gestão de recursos humanos em saúde. As para adaptar a formação dos profissionais de saúde ao modelo de atenção baseado na atenção primária são um desafio num sistema de saúde público-privado.

A força de trabalho em saúde está distribuída de forma desigual nas regiões geográficas do país. Embora se reconheça a importância das equipes multiprofissionais, não existe um plano estratégico para sua integração organizativa e funcional no sistema. A oferta de serviços de forma fragmentada é também um problema que dificulta a reorganização dos recursos humanos em saúde. As linhas de trabalho priorizadas são a harmonização de escalas salariais e a resolução de discrepâncias, a construção de um sistema de informação sobre recursos humanos em saúde, o desenvolvimento da profissão de enfermagem e a implementação de ações para cumprir as metas regionais de recursos humanos em saúde. Os componentes principais incluem: (1) a conexão do Uruguai ao Campus Virtual de Saúde Pública (o Ministério da Saúde Pública, a ASSE e a Universidade da República desenvolveram cursos temáticos sobre atenção primária, recursos humanos em saúde, determinantes sociais em saúde, desenvolvimento local e formação de uma rede de tutores); (2)

reforma curricular da graduação e pós-graduação para adaptação às mudanças no modelo da atenção à saúde (com especial atenção à consolidação e ampliação da nova grade curricular de graduação em medicina) e a constituição do Instituto de Atenção Primária em Saúde; (3) construção da capacidade em gestão dos sistemas de saúde em nível nacional e estadual, e capacitação das Redes Integradas de Prestação de Serviços; e (4) padronização dos perfis dos profissionais de atenção primária para adequá-los às necessidades dos contratos de desempenho gestão e metas de prestação de serviços (ASSE, governos e setor privado).

### SERVIÇOS DE SAÚDE

A legislação introduziu a possibilidade de utilização dos medicamentos genéricos e substituir marcas, o que exige mecanismos que assegurem a bioequivalência e biodisponibilidade. Houve avanços na racionalização do uso, no incentivo de práticas de prescrição adequadas e na avaliação da custo-efetividade das tecnologias em saúde. Estão sendo desenvolvidas capacidades para promover a transferência de tecnologia, a inovação e o manejo adequado dos aspectos relacionados com as questões da propriedade intelectual. Uma rede de ação colaborativa conhecida como RITTi (Transferência de Tecnologia e Inovação em Saúde nas Américas) reúne diferentes iniciativas de cooperação técnica e agências com a Agência Nacional de Pesquisa e Inovação (ANII).

O avanço e o crescimento exponencial da tecnologia na medicina implica o enfrentamento dos riscos financeiros relacionados ao fornecimento de cobertura assistencial das doenças catastróficas e o acesso equitativo à medicina altamente especializada e de alto custo. No âmbito da reforma, o Fundo Nacional de Recursos (FNR) é um órgão centralizado complementar e financeiramente independente do FONASA. O FNR fornece cobertura para um amplo espectro de serviços médicos altamente especializados para doenças com geralmente baixa prevalência e que demandam a utilização intensiva de recursos tecnológicos e financeiros, com impacto potencialmente “negativo” para os prestadores que respondem a essas situações socialmente significativas e delicadas. Mais de 250.000 pacientes se beneficiaram de 16 técnicas em cardiologia, traumatologia, nefrologia e tratamento de queimaduras

fornecidas por 27 institutos de medicina altamente especializada e 41 centros de hemodiálise, em sua maioria do setor privado. O FNR utiliza protocolos rigorosos de inclusão com comprovação científica de medicamentos de alto custo para o SNIS. O controle de qualidade do FNR é acompanhado de programas preventivos que buscam o controle de fatores de risco das patologias cobertas. Seus programas de cessação do tabagismo, saúde renal e saúde cardiovascular tem sido eficazes.

## GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

### PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

Existem lacunas na produção de conhecimentos sobre saúde pública. Duas instituições uruguaias lideram esse campo: (1) a Universidade da República, cuja Faculdade de Medicina fornece espaços de discussão e aporta recursos para produção de conhecimentos; e (2) a Agência Nacional de Pesquisa e Inovação (ANII). Parceira importante da universidade, a ANII visa elaborar, organizar e administrar planos, programas e instrumentos voltados ao desenvolvimento científico-tecnológico e ao fortalecimento da capacidade de inovação. A ANII ajuda a construir e articular atores envolvidos na criação e utilização do conhecimento para fortalecer a colaboração e otimizar o uso de recursos disponíveis. Além disso, conta-se com um Plano Estratégico Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PENCTI) no marco de um Gabinete Interministerial para Inovação.

Existe uma grande penetração das telecomunicações no Uruguai. Em 2010, a Agência Reguladora de Serviços de Comunicação informou a existência de 383.000 usuários de serviços de acesso a internet fixa e 453.000 usuários de serviços de acesso a internet móvel. São 491.000 assinantes de televisão a cabo ou por parabólica, e mais de 90% da população tem acesso à televisão aberta. Todo o território nacional é coberto por emissoras de rádio. Estes mecanismos de comunicação são importantes ferramentas para a disseminação da informação em saúde, embora seu uso seja limitado. Algumas páginas web são fontes de informação amplamente utilizadas, a saber: Faculdade

de Medicina; Ministério da Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem; Biblioteca Virtual em Saúde e Representação da OPAS/OMS no país.

Não há sistema nacional de informação sobre morbidade, e o fornecimento de dados básicos de saúde aos organismos internacionais é irregular.

## RECURSOS HUMANOS

### Força do Trabalho em Saúde

Em 2009, o Ministério da Saúde Pública inicia sua compilação do registro do quantitativo e tipo de recursos humanos disponíveis no sistema de prestação público e privado, começando com o Primeiro Censo Nacional de Recursos Humanos em Saúde (2008), e planeja um censo de enfermagem em 2011 em cooperação com a OPAS. A Divisão de Recursos Humanos publicou documentos informativos, entre eles o Perfil dos recursos humanos em saúde em 2008 e o Relatório sobre recursos humanos em saúde em 2010. Segundo esse último, há 12.253 enfermeiros contratados no setor privado e 7.331 na ASSE, e 9.791 médicos contratados no setor privado e 5.948 na ASSE.

A Divisão Recursos Humanos do SNIS dispõe de informações sobre as carreiras profissionais e técnicas na área da saúde oferecidas pela Universidade da República.

O projeto regional da Secretaria-Geral Ibero-Americana, com a liderança do Ministério da Saúde Pública, produziu encontros regionais e estudos que avaliam o impacto das migrações de profissionais, especialmente médicos.

## SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Uruguai tem uma forte tradição de participação ativa na diplomacia internacional, com fomento e defesa dos multilateralismo e do Sistema das Nações Unidas. As 14 agências e fundos residentes das Nações Unidas no Uruguai participam do projeto-piloto “Unidos na Ação” que contribui para a reforma das Nações Unidas, norteador pelo Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento 2011-2015, e seu Plano de Ação correspondente. Essa iniciativa é focada quatro áreas prioritárias: diversificação produtiva

e inserção internacional, sustentabilidade ambiental, desenvolvimento social equitativo e governança democrática e direitos humanos. O Uruguai é o único país das Américas que participa desse projeto-piloto. Únicos doadores significativos de recursos internacionais ao Sistema das Nações Unidas no Uruguai, a Comissão Europeia e a Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) aportam recursos ao Fundo de Coerência, que financia planos conjuntos da iniciativa “Unidos na Ação”.

Por tratar-se de um país de renda média-alta, com elevado índice de desenvolvimento humano, segundo as instituições financeiras internacionais, nos últimos anos o Uruguai deixou de receber recursos de “ajuda internacional” para situar-se como parceiro da comunidade internacional para o desenvolvimento. A criação da Agência Uruguiaia para a Cooperação Internacional, vinculada à Presidência da República, com funções de coordenação de cooperação internacional, é característica emblemática dessa mudança.

Há, na atualidade, dois grandes projetos em saúde respaldados por recursos internacionais: um crédito de US\$ 25 milhões do Banco Mundial para o Projeto de Prevenção das Doenças Não Transmissíveis (2008-2012) e um projeto de US\$ 7,6 milhões financiado pelo Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, que deve ser executado no período 2012-2017.

No âmbito do Subgrupo de Trabalho 11 do MERCOSUL, houve avanços significativos na integração dos sistemas nacionais de vigilância e resposta a doenças, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional (2005); os esforços iniciais envolvem os países do Cone Sul, para depois cobrir toda a América do Sul. Além disso, foram estabelecidos vários mecanismos de intercâmbio bilateral de serviços de saúde em áreas fronteiriças do país, particularmente com o Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), com iniciativas de cooperação Sul-Sul no campo da capacitação de recursos humanos em saúde.

## SÍNTESE E PERSPECTIVAS

As recentes crises econômicas mundiais tiveram um impacto mínimo na economia dinâmica do Uruguai. O país tem uma pequena população e registra bons indicadores sociais e de saúde. No entanto, algumas áreas de interesse precisam ser abordadas.

Um dos aspectos preocupantes é a área de cuidados dos idosos, no âmbito do envelhecimento populacional, e da população com deficiências. O papel de cuidador é destinado tradicionalmente às mulheres, o que ocasiona sua difícil inserção na força de trabalho remunerada. Para resolver essa questão de inequidade, faz-se urgente implementar um “sistema nacional integrado de cuidados”. Outra área de interesse são as condições de reprodução biológica e social da população, que é mais acelerada nos setores mais pobres da sociedade. Há necessidade de intervenções no período pré-natal e na primeira infância, de programas de estímulo precoce e de fortalecimento da matriz intersectorial de proteção social, no intuito de reduzir as inequidades e superar as desigualdades no exercício dos direitos.

A alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis exige um modelo de atenção centrado promoção da saúde e na prevenção das doenças para reduzir ou eliminar os fatores de riscos e os determinantes sociais em saúde. Seu desenvolvimento está em andamento e precisa de uma maior consolidação, com ênfase no empoderamento e na educação da população para sua participação ativa na construção de ambientes saudáveis. Nos últimos anos, a reforma da saúde tem enfatizado a adoção de um modelo de atenção integral e integrado, com ampliação quantitativa e qualitativa do Plano Integral de Atenção à Saúde (por exemplo, para incluir a saúde mental e bucal) e redução da comparticipação de usuários no pagamento de serviços/procedimentos.

O processo de reforma do setor saúde tem sido eficaz na redução da segmentação do sistema e fragmentação dos serviços, com resultados promissores. Falta priorizar ações de fortalecimento da rede de serviços públicos; a ASSE é o principal prestador público e deve liderar esse processo e fornecer um modelo de atenção de qualidade. A melhora dos sistemas de informação, a adequação dos padrões de recursos humanos e novas capacitações dos profissionais são desafios que devem ser enfrentados. É imperativo ampliar e apoiar técnica e politicamente as experiências de parcerias público-privado e público-público.

As mudanças no financiamento da saúde são voltadas à convergência progressiva das contribuições da previdência do FONASA com as contribuições de receitas tributárias gerais do país. Isso representa um

aprofundamento da estratégia nacional de ampliação da proteção social em saúde em dois aspectos. Um é a aceleração na ampliação da cobertura do SNIS/FONASA rumo à cobertura universal. Ou outro é o aumento da solidariedade, equidade e sustentabilidade e da função redistributiva da política pública de saúde. Isso é implícito pela crescente participação de recursos não contributivos no financiamento do FONASA, a desvinculação da cobertura em relação à situação trabalhista e previdenciária dos usuários e maiores garantias de acesso aos serviços do SNIS.

## BIBLIOGRAFIA

1. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Estimación de la pobreza por el método del ingreso [Internet]; 2010. Disponível em: [http://www.ine.gub.uy/biblioteca/estimacion\\_pobreza\\_2010/Estimación%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20Metodo%20del%20ingreso%202010.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/estimacion_pobreza_2010/Estimación%20de%20la%20pobreza%20por%20el%20Metodo%20del%20ingreso%202010.pdf) Acessado em 18 de outubro de 2011.
2. United Nations Development Programme. Informe País 2009 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.undp.org.uy/showNews.asp?NewsId=896> Acessado em 18 de outubro de 2011.
3. United Nations Development Programme. Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Afrodescendientes.pdf> Acessado em 10 de outubro de 2011.
4. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya [Internet]; 2005. Disponível em: [www.msp.gub.uy/uc\\_123\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_123_1.html) Acessado em 18 de outubro de 2011.
5. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Principales Resultados 2009. Encuesta Continua de Hogares. Disponível em: [www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados\\_%202009\\_Totalv12.pdf](http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2009/PrincipalesResultados_%202009_Totalv12.pdf) Acessado em 9 de março de 2012.

6. Ley Forestal No. 15.939 [Internet]. Disponível em: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AcessoTextoLey.asp?Ley=15939&Anchor=>
7. Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Informe anual 2010. Disponível em: [www.ciat.hc.edu.uy](http://www.ciat.hc.edu.uy) Acessado em 9 de março de 2012.
8. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Vigilancia sanitaria de trabajadores expuestos a factores de riesgo laborales. Ordenanza No.145. Disponível em: [http://www.msp.gub.uy/categoria\\_350\\_1\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/categoria_350_1_1.html) Acessado em 18 de outubro de 2011.
9. Uruguay, Ministerio del Interior. Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.minterior.gub.uy/index.php/es/observatorio> Acessado em 18 de outubro de 2011.
10. Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Observatorio de Violencia Doméstica y Salud. Uruguay. Informe 2009. Montevideo: MSP; 2009.
11. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Boletines epidemiológicos [Internet]; 2010. Disponível em: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5428\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5428_1.html) Acessado em 18 de outubro de 2011.
12. United Nations Population Fund. State of World Population 2009: Facing a Changing World: Women, Population and Climate [Internet]; 2009. Disponível em: [http://www.unfpa.org/swp/2009/en/pdf/EN\\_SOWP09.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2009/en/pdf/EN_SOWP09.pdf) Acessado em 9 de março de 2012.
13. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Informe de mortalidad materna 2010. Montevideo: MSP; 2010.
14. Iniciativas Sanitarias. Ordenanza 369/04 MSP [Internet]. Disponível em: <http://www.iniciativas.org.uy/publicaciones/ordenanza-36904-msp/> Acessado em 18 de outubro de 2011.
15. Uruguay, Consejo Nacional de Políticas Sociales. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Addendum al Informe País Uruguay 2009 [Internet]; 2010. Disponível em: [www.undp.org.uy/share/pdf/addendum\\_odm.pdf](http://www.undp.org.uy/share/pdf/addendum_odm.pdf) Acessado em 10 de outubro de 2011.
16. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Adolescente. Montevideo: MSP; 2007.
17. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP; 2009.
18. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles [Internet]; 2006. Disponível em: [www.msp.gub.uy/categoriaepidemiologia\\_253\\_1\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/categoriaepidemiologia_253_1_1.html).
19. Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social. Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia [Internet]. Disponível em: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento\\_de\\_personas\\_adultas\\_mayores\\_-\\_sistema\\_de\\_cuidados.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf) Acessado em 10 de outubro de 2011.
20. Bagnulo H, Haretche A, Serra J. Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social. In: Calvo JJ, Mieres P (eds.). Nacer, crecer y envejecer en el Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población. Montevideo: United Nations Population Fund; RUMBOS; 2009.
21. Uruguay, Instituto Nacional de Estadística. Defunciones anuales ocurridas y registradas y tasa bruta de mortalidad [Internet]. Disponível em: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/vitales2008.aspx> <http://www.ine.gub.uy/sociodemograficos/vitales2008.asp> Acessado em 20 de outubro de 2011.
22. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Unidad de Información Nacional en Salud. Defunciones ocurridas y registradas según causa de muerte y sexo [Internet]; 2008. Disponível em: [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3791,18262](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3791,18262).
23. Uruguay, Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Mortalidad por cáncer en Uruguay 2004–2008. Principales sitios [Internet]. Disponível em: [www.urucan.org.uy/ui/layer/ve/mor\\_04\\_08/Mort\\_Principales\\_sitios\\_Uruguay\\_2004\\_2008\\_H\\_M.pdf](http://www.urucan.org.uy/ui/layer/ve/mor_04_08/Mort_Principales_sitios_Uruguay_2004_2008_H_M.pdf) Acessado em 10 de outubro de 2011.
24. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. La reducción de la tasa de mortalidad infantil en Uruguay 2010 [Internet]. Disponível em: [www.ine.gub.uy/socio-demograficos/vitales2008.aspx](http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/vitales2008.aspx)

- [misp.gub.uy/andocasociado.aspx?4973,20424](http://misp.gub.uy/andocasociado.aspx?4973,20424) Acessado em 18 de outubro de 2011.
25. United Nations Development Programme in Uruguay. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para Uruguay [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.undp.org.uy/mdggeneral.asp> Acessado em 9 de março de 2012.
  26. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Montevideo: MSP; 2010.
  27. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Actualización de la situación de dengue en el país y la región [Internet]; 2010. Disponível em: [http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia\\_4801\\_1.html](http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia_4801_1.html).
  28. Instituto de Higiene. Departamento de Parasitología y Micología. Enfermedad de Chagas [Internet]. Disponível em: <http://www.higiene.edu.uy/parasito/teo09/Ciclip/enfchag.pdf>.
  29. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Enfermedades de notificación obligatoria, 2010. Boletín epidemiológico. Disponível em: [http://www.misp.gub.uy/categoriaepidemiologia\\_136\\_1\\_1.html](http://www.misp.gub.uy/categoriaepidemiologia_136_1_1.html) Acessado em 8 de outubro de 2011.
  30. Pan American Foot-and-Mouth Disease Center (PANAFTOSA). Epidemiological Information System [Internet]. Human Rabies Cases; Canine Rabies Cases. Disponível em: <http://siepi.panaftosa.org.br/Panel.aspx?Idioma=i> Acessado em 18 de março de 2012.
  31. Uruguay, Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis. Plan estratégico 2006–2009 [Internet]. Disponível em: [www.zoonosis.gub.uy](http://www.zoonosis.gub.uy) Acessado em 9 de março de 2012.
  32. Uruguay, Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Programa de Eliminación de la Enfermedad de Hansen [Internet]. Disponível em: [www.chlaep.org.uy](http://www.chlaep.org.uy) Acessado em 9 de março de 2012.
  33. Da Rosa D, Acuña AM, Cabrera MJ, Figueredo E, Zanetta E, Calegari L. Datos de las geohelminthiasis en el Uruguay. Informe a OPS. Montevideo: Intendencia Municipal; 2011.
  34. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Reporte epidemiológico de VIH-SIDA 2010 [Internet]. Disponível em: [http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia\\_4704\\_1.html](http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia_4704_1.html) Acessado em 9 de março de 2012.
  35. Barrios E, Vassallo JA, Alonso R, Garau M, Musetti C. III Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay 2002–2006. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2010.
  36. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Informe de egresos hospitalarios 2009 [Internet]. Disponível em: [http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia\\_4623\\_1.html](http://www.misp.gub.uy/ucepidemiologia_4623_1.html) Acessado em 9 de março de 2012.
  37. Uruguay, Ministerio de Salud Pública [Internet]. Decreto de contrato de gestión. Disponível em: [http://www.misp.gub.uy/ucjunasa\\_2207\\_1.html](http://www.misp.gub.uy/ucjunasa_2207_1.html) Acessado em 18 de outubro de 2011.