

Alimentação Saudável  
Assistência Farmacêutica  
Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar  
Controle da Hanseníase e de Outras Dermatoses  
Gestão da Política de Saúde  
Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde  
Prevenção e Controle da Tuberculose e de Outras Pneumopatias  
Prevenção e Controle das Doenças Crônico-Degenerativas  
Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis  
Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares  
Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores  
Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica  
Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids  
Profissionalização da Enfermagem  
Qualidade do Sangue  
Qualidade e Eficiência do SUS  
Saneamento Básico  
Saúde da Criança e Aleitamento Materno  
Saúde da Família  
Saúde da Mulher  
Saúde do Jovem  
Saúde do Trabalhador  
Saúde Mental  
Saúde Suplementar  
Valorização e Saúde do Idoso  
Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde  
Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços  
Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras

---

# Ministério da Saúde

## Alimentação Saudável

### Resultados

O objetivo do Programa é reduzir e controlar a desnutrição, as carências por micronutrientes nos serviços de saúde e promover a alimentação saudável nos diferentes ciclos de vida.

O número de beneficiários a ser atendido em cada município brasileiro, tanto pelo Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN, quanto pelo Bolsa-Alimentação, foi estimado por modelos estatísticos de predição, baseados em dados socioeconômicos e nutricionais provenientes de pesquisas de base domiciliar, de abrangência nacional. Este procedimento garante a eficiência distributiva dessas ações, incluídas no Programa **Alimentação Saudável** uma vez que os municípios, onde a prevalência de risco nutricional é mais alta, recebem proporcionalmente mais recursos.

Foram realizadas análises das tendências históricas das prevalências de desnutrição. Foram incluídos na pesquisa os municípios que apresentaram coberturas de acompanhamento nutricional da população infantil, nos últimos doze meses, estáveis e acima de 60%. Com este critério de inclusão, cerca de 900 municípios da região Nordeste e qualificados no ICCN foram analisados.

Observou-se que as tendências de desnutrição são claramente de queda linear. Na região Nordeste, entre maio de 1999 e abril de 2000, o declínio da desnutrição, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, foi de 13,6% em relação às crianças acompanhadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa Saúde da Família - PSF nos municípios onde havia o ICCN e de 7,6% em relação ao total de crianças residentes. Esta taxa é bem mais representativa do que a tendência de queda que vinha sendo observada na região antes da implantação do Programa (que era de 5% ao ano) e quatro vezes maior do que a tendência de queda verificada na média nacional nas últimas décadas (2,9% ao ano). Em termos comparativos, cabe ressaltar que, em 1990, durante a reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, em Nova York, 158 chefes de Estado pactuaram como meta para queda de desnutrição o índice de 5% ao ano.

A taxa média de recuperação nutricional das crianças assistidas pelo ICCN, segundo relatórios semestrais e visitas padronizadas de supervisão, foi de 31,1%. Esta média refere-se a 432 municípios que informaram o grau de recuperação das crianças. Em todos estes municípios, o critério de recuperação utilizado foi o peso chegar a ficar acima do percentil 10 para a idade.

Houve ampliação exponencial do número de beneficiários do programa Bolsa-Alimentação, implicando o incremento de 1,3 milhão de benefícios durante o exercício 2002. Neste momento, o Programa está presente em 4.110 municípios em todas as Unidades da Federação, o que representa 73,90% dos municípios do País. Em relação à adesão, 91,18% dos municípios do País já assinaram a Carta de Adesão, manifestando de forma expressa o desejo de se inserir no Programa. Isso leva à indicação de um forte impacto na diminuição da taxa de prevalência de desnutrição infantil no País.

O Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição do Nordeste, juntamente com as coordenações estaduais de alimentação e nutrição dos nove estados do Nordeste Brasileiro, coletou, tabulou e analisou dados em relação à anemia e médias de hemoglobina em gestantes por estados do Nordeste, chegando à taxa de 23,6%. Este estudo demonstra que a taxa constante do PPA (20%) vai ser atingida, podendo mesmo ser superada.

**Gerente:**

**Denise Costa Coutinho**

A distribuição de micronutrientes é uma ação fundamental no escopo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. É uma ação extremamente relevante para se atingir os resultados mensurados pelos indicadores do PPA: diminuição da taxa de prevalência de anemia ferropriva em gestantes; diminuição da taxa de prevalência da desnutrição na infância; diminuição da taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos; e diminuição da taxa de prevalência da desnutrição e carências nutricionais no idoso.

Em relação à taxa de prevalência de sobrepeso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos e à taxa de prevalência da desnutrição e de carências nutricionais no idoso, considera-se extremamente importante e impactante a divulgação de informações realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde em relação à alimentação saudável. Apesar de não haver uma mensuração atualizada a respeito destas taxas, espera-se a superação das taxas previstas no PPA, em virtude das ações desenvolvidas dentro da Atenção Básica e voltadas para a população dessa faixa etária.

Em relação aos resultados esperados com a execução do Programa, tem-se que:

- o Bolsa-Alimentação teve lançamento oficial em 17 de setembro de 2001. Ao ser lançado, estabeleceu-se para 2001 a meta de atendimento a 1.106.889 beneficiários. Até o final de 2002, pretende-se atender, no mínimo, a 1.623.000 beneficiários. A meta é qualificar todos os 5.561 municípios brasileiros até o final de 2003 e alcançar 3,562 milhões de beneficiários que estejam em risco nutricional e pertençam à faixa populacional de renda mensal per capita inferior a meio salário-mínimo: 2,760 milhões de crianças de seis meses a seis anos de idade e 802 mil gestantes e nutrízes.
- em 2002, foram envidados grandes esforços visando apoiar e estimular os municípios no sentido de acelerar o cadastramento dos beneficiários, como forma de ampliar o Bolsa-Alimentação. No final de 2002, 1.386.000 beneficiários estavam sendo atendidos pelo Programa, o que representa a contemplação de cerca de 39% do público-alvo do Bolsa-Alimentação e 85,4% da meta prevista para 2002 na Lei Orçamentária Anual - LOA 2002.
- o Bolsa-Alimentação se constitui em um Programa de renda mínima importante para o combate à fome no País, incidindo sobre o grupo populacional de maior vulnerabilidade em que as carências nutricionais causam maiores danos. A expansão do Programa é um compromisso do Governo Federal.

Com a implementação do Bolsa-Alimentação, os seguintes resultados já podem ser constatados nas famílias beneficiadas, apesar de não mensurados:

- aumento da conscientização sobre a importância da melhoria das condições nutricionais;
- maior frequência às unidades de saúde;
- intensa participação das famílias nas atividades educativas sobre alimentação e nutrição, aleitamento materno e cuidados gerais com a saúde da criança;
- aumento do tempo de amamentação das crianças;
- maior frequência das gestantes nas consultas do pré-natal;
- observância da agenda de compromissos;
- melhoria na higiene dos alimentos;
- aumento do vínculo mãe e filho;
- melhoria dos cuidados com a saúde da criança; e

- melhoria no estado nutricional das crianças, gestantes e nutrizes beneficiadas com o Programa.

Em relação ao ICCN, as visitas de supervisão e os relatórios enviados pelos municípios à coordenação do Programa demonstram os seguintes resultados alcançados:

- aumento do percentual de crianças beneficiárias com vacina em dia;
- aumento do percentual de crianças e gestantes beneficiárias com avaliação ponderal em dia;
- aumento do percentual de gestantes beneficiárias com vacina antitetânica em dia;
- aumento do número de consultas pré-natais entre gestantes beneficiárias;
- aumento do percentual de responsáveis que comparecem em atividades educativas;
- aumento do percentual de mulheres capazes de responder corretamente sobre aleitamento materno e práticas alimentares saudáveis; e
- aumento da qualidade da informação prestada pelas mães.

Um conjunto de ações, de responsabilidade da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, foi iniciado no sentido de promoção da alimentação saudável da população brasileira. Estas ações ao mesmo tempo em que facilitam o controle das doenças crônico-degenerativas, como obesidade e hipertensão, e seus fatores de risco, também contribuem para a melhoria do estado nutricional da população de idosos. Tornou-se obrigatória a apresentação do conteúdo nutricional nos rótulos de todos os alimentos embalados possibilitando ampla divulgação de uma série de medidas informativas e educativas.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 1.920/2002 prevendo que não serão feitas novas qualificações de municípios ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Esta mesma Portaria dispõe que a partir de janeiro de 2003, inclusive, serão encerrados os repasses a que se refere a Portaria GM-MS nº 709, de 10 de junho de 1999, que trata do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN. Certamente, o Bolsa-Alimentação implicará uma melhor operacionalização das estratégias de combate a carências nutricionais no País, pela dinâmica, agilidade e demais fatores já especificados. Isso implica a entrada gradativa do Bolsa-Alimentação e a desqualificação concomitante do ICCN.

Deve-se enfatizar que em 2003 haverá a necessidade de finalizar a implantação do Programa em todos os municípios do Brasil. O Sistema de Informações do Programa Bolsa-Alimentação - Sisvan/SBA está sendo implantado em todos os municípios gradativamente, à medida que assinarem a Carta de Adesão, o que permitirá o monitoramento e a avaliação quanto à eficácia, eficiência e efetividade dos recursos federais transferidos com o objetivo de intensificar o combate à desnutrição.

Para que haja possibilidade de alcance dos resultados almejados no PPA, será necessária suplementação orçamentária no Bolsa-Alimentação em 2003. Caso contrário, haverá o atendimento de aproximadamente dois milhões de beneficiários enquanto o público-alvo perfaz cerca de 3,5 milhões de beneficiários. Desta forma, o alcance do índice previsto no PPA será adiado para 2004.

O programa Bolsa-Alimentação direcionará suas atuações para as seguintes ações consideradas prioritárias e estratégicas:

- completar o processo de implantação do Programa na totalidade dos municípios brasileiros;
- expandir o quantitativo de beneficiários em cada município, visando a utilização plena da cota de bolsas disponíveis;
- concentrar esforços para a implantação do sistema de acompanhamento dos beneficiários, visando a efetiva renovação dos benefícios dentro dos padrões previamente estabelecidos;
- capacitar os estados para desenvolverem ações de supervisão aos municípios;
- supervisionar estados e municípios, visando ajustar os processos operativos em desenvolvimento; e
- dar continuidade ao processo de avaliação de impacto do Programa.

## Concepção

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. O acesso à alimentação adequada é um direito humano fundamental, na medida em que representa condição para a própria vida.

A concretização desse direito compreende responsabilidades tanto por parte do Estado, quanto da sociedade e das famílias. Ao Estado cabe respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. Às famílias cabe a adoção de práticas alimentares saudáveis, incorporadas por meio da socialização do conhecimento sobre a prevenção dos problemas nutricionais, desde a desnutrição até a obesidade. Alimentação correta e nutrição adequada é a base da saúde infantil e requisito indispensável para uma boa saúde ao longo do curso de vida.

Na infância, os problemas inerentes à alimentação e nutrição inadequadas são de significativa relevância, representando 55% das mortes infantis ligadas à desnutrição, segundo estudos realizados pelo Unicef para países em desenvolvimento (1998). Já a desnutrição energético-protéica agrava o curso de outras doenças, prolonga o tempo de internação e resulta em seqüelas para o desenvolvimento mental. Estima-se que, de cada dez gestantes que fazem o pré-natal, três são anêmicas, sendo bem maior a proporção entre crianças: 50% ou mais.

De outra forma, 80% da desnutrição e parte importante dos óbitos infantis ocorrem em famílias pobres, classificadas no primeiro quintil de renda, ou seja, os 20% mais pobres do País.

Nesse contexto, em março de 1998, o Ministério da Saúde criou um incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações para combate à desnutrição, repassado aos municípios brasileiros, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e como parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB.

É inegável que o ICCN, apesar do curto período de implementação, desencadeou mudanças significativas no quadro nutricional do País, ainda que se conviva com indicadores de desnutrição ainda alarmantes entre a população mais excluída. Por outro lado, avaliações desenvolvidas demonstraram que adequações relativas à abrangência, à forma de atuação e a co-responsabilidade dos beneficiários deveriam ser procedidas.

Nesta perspectiva, foi criado o programa Bolsa-Alimentação, que fundamentalmente, redireciona as ações anteriormente desenvolvidas, estabelecendo os seguintes princípios de atuação:

- ampliação dos grupos vulneráveis, abrangendo não somente crianças de seis a 24 meses, mas estendendo até seis anos de idade, além de gestantes e nutrízes;
- transferência direta de renda, por meio de apoio financeiro, em dinheiro, dispensando procedimentos com licitação;
- fomento da atividade econômica local com a injeção de novos recursos nos municípios;
- maximização do valor do benefício para a família;
- maior controle e monitoramento do Programa, por meio do cadastramento de cada beneficiário;
- focalização na população de mais baixa renda;
- flexibilização dos alimentos fornecidos;
- reforço da agenda de compromissos do beneficiário, estimulando sua co-responsabilidade;
- eliminação da logística de gerenciamento de estoque, tais como, armazenamento, controle, distribuição e entrega de leite e óleo; e
- possibilidade de adoção de ações complementares direcionadas às famílias beneficiárias, como por exemplo, programas de gerações de renda, capacitação profissional, hortas caseiras etc.

Assim, ao encerrar o ano de 1999, o Programa **Alimentação Saudável** apresentava suas ações implementadas e fortemente consolidadas. Em janeiro de 2000, o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais já estava implantado em 87% dos 5.507 municípios brasileiros, com uma estimativa de 850 mil beneficiários (92% da cobertura máxima prevista). Os recursos do ICCN repassados aos municípios em 1999 superaram o montante de R\$ 127 milhões. Em 2000, foi ultrapassada a marca de R\$ 152 milhões aplicados no combate às Carências Nutricionais. Nesse ano, o Programa **Alimentação Saudável** estava estruturado em quatro ações principais com recursos previstos no PPA 2000 - 2003.

Às ações descritas como integrantes do Programa Alimentação Saudável em 2000, foi acrescentada posteriormente a ação Assistência Financeira a Famílias visando à complementação da renda para melhoria da nutrição - Bolsa-Alimentação.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias:

- deficiência de micronutrientes (anemia ferropriva, hipovitaminose A, deficiência de iodo): 4294 - Atendimento a crianças, gestantes e idosos com micronutrientes; 0603 - ICCN; 3890 - Estudos e pesquisas; 3945 - Promoção de eventos;
- desnutrição energético-protéica: 0357 - Bolsa-Alimentação; 0603 - ICCN; 3890 - Estudos e pesquisas; 3945 - Promoção de eventos; e
- práticas alimentares e estilos de vida inadequados: 0357 - Bolsa-Alimentação; 0603 - ICCN; 3890 - Estudos e pesquisas; 3945 - Promoção de eventos; Incentivo à Promoção Nutricional e Modos de Vida Saudáveis (ação que deve ser implementada no futuro);

Em relação aos aspectos do Programa que necessitam ser aperfeiçoados, destacam-se:

- inclusão de nova ação: deve-se pensar futuramente a inserção, no Programa **Alimentação Saudável**, de uma ação que enfoque a promoção de hábitos de alimentação, nutrição e vida saudáveis. A denominação sugerida para esta nova ação seria Incentivo à Promoção Nutricional e Modos de Vida Saudáveis - IPNMVS. Esta ação tem como objetivo estimular, fortalecer e consolidar as estratégias de promoção da saúde, compondo o elenco de responsabilidades e ações estratégicas mínimas pactuadas para a atenção básica. Os recursos necessários para a implementação desta ação estão estimados em R\$ 87,8 milhões. O produto desejado para esta ação é o desenvolvimento de projetos relacionados à melhoria da alimentação e nutrição em cada município brasileiro abrangendo especialmente a população não atendida pelo Bolsa-Alimentação; e
- exclusão da ação: conforme amplamente exposto, a ação 0603 - ICCN será encerrada no final de 2002, segundo o texto da Portaria MS/GM/Nº 1.920 de 22 de outubro de 2002, logo, as metas do ICCN para 2003 deverão ser zeradas. O Bolsa-Alimentação tem como meta primordial atender a cerca de 3,5 milhões de beneficiários, o que somente será possível com suplementação ao valor previsto na proposta orçamentária 2003;

Em relação aos aspectos da estratégia de implementação que precisam ser aperfeiçoados, verifica-se:

- a busca de parcerias com os demais setores da sociedade envolvidos na Segurança Alimentar e Nutricional e, por conseguinte, na concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, leva em conta a adoção ou implementação de medidas essenciais que poderão redundar em impacto importante sobre a saúde da população;
- a articulação com outros ministérios melhorou nos últimos três anos, entretanto, há espaço para aperfeiçoamento. Pretende-se futuramente melhorar ainda mais a interação, principalmente, com os ministérios da Agricultura e do Abastecimento; do Trabalho e Emprego; da Educação; das Relações Exteriores; Extraordinário de Política Fundiária e da Integração Nacional;
- está ocorrendo uma melhora gradativa dos mecanismos de controle e desempenho com a implantação do Sistema de Informações Sisvan/SBA. Quando este Sistema estiver funcionando em toda a sua plenitude, consistirá uma ferramenta gerencial fundamental no monitoramento do Programa **Alimentação Saudável**; e
- deve-se procurar aprimorar o desempenho na operacionalização das ações pelos gestores estaduais e municipais. Desta forma, a coordenação do Programa está enfatizando contundentemente a capacitação de gestores municipais e estaduais.

Os aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para a obtenção dos principais resultados do Programa **Alimentação Saudável** são:

- pagamento da Bolsa-Alimentação diretamente às famílias a partir do cadastramento único do Governo Federal. Com a utilização de um cartão magnético para retirar o recurso a ele destinado, o beneficiário tem acesso direto ao benefício;

- interação com os demais programas da atenção básica em nível local: a capacitação e o treinamento de profissionais ligados à atenção básica, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, fazem o diferencial na qualidade do atendimento do cidadão usuário do SUS;
- estimativa e seleção de beneficiários: no ICCN e no Bolsa-Alimentação, o número de beneficiários a ser atendido em cada município brasileiro foi estimado por modelos estatísticos de predição baseados em dados socioeconômicos e nutricionais provenientes de pesquisas de base domiciliar, de abrangência nacional;
- criação e desenvolvimento de sistemas de informações;
- vigilância alimentar e nutricional: em 2002 ocorreu um aprimoramento do Sistema de Informações com a instalação da versão Sisvan/SBA que permitirá o acompanhamento da situação nutricional do público-alvo do Bolsa-Alimentação e restante da população atendida no Sistema Único de Saúde;
- capacitação intensiva dos gestores estaduais e municipais na operacionalização do Sistema de Informações, assim como a capacitação intensiva das equipes do Programa Saúde da Família - PACS/PSF, com informações necessárias à obtenção de alimentação nutricionalmente correta a baixo custo; e
- parcerias: a criação e consolidação dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição e o apoio à estruturação das áreas técnicas nos estados têm contribuído de forma decisiva para a disseminação e aprimoramento da atenção básica.

Antes do ICCN, 294 municípios mantinham suas atividades de combate às carências nutricionais mediante convênio celebrado com o Ministério. Em 1998, a cobertura do ICCN abrangeu 3.225 municípios, atingindo 597.725 beneficiários. Em 1999, houve ampliação da abrangência para 4.793 municípios, perfazendo um total de 850.013 beneficiários. Em 2000, atingiu-se o atendimento a 871.098 beneficiários em 5.026 municípios. Até dezembro de 2001, foram qualificados 5.127 municípios, com um total estimado da ordem de 880 mil crianças, gestantes e idosos atendidos. No final de 2001, o ICCN estava presente em 92% dos municípios brasileiros, atendendo a 95% do total de 922.536 beneficiários estimados nos estudos iniciais.

Desde a instituição do ICCN, em 1998, o teto financeiro anual tem sido da ordem de R\$ 167 milhões. No período 1998 a 2001, foram repassados aos municípios cerca de R\$ 483,5 milhões como incentivo ao combate às carências nutricionais.

No período 2000-2002 não houve problemas de continuidade nos fluxos financeiros que atrapalhassem a execução do Programa **Alimentação Saudável**.

Os recursos pertinentes ao Programa **Alimentação Saudável** não sofreram interrupção durante o ano 2002. Não houve problemas de continuidade nos fluxos financeiros que atrapalhassem a execução do Programa **Alimentação Saudável**. Ainda assim, o cumprimento das metas físicas ficou abaixo do previsto.

Os recursos materiais e a infra-estrutura são adequados para a implementação do Programa, assim como os recursos humanos.

Não houve alterações na lei orçamentária em 2002 que afetassem o Programa **Alimentação Saudável**. A inserção da ação 0357 - Assistência financeira à família visando a complementação da renda para melhoria da nutrição - Bolsa-Alimentação, em 2001, é que impactou de forma contundente e ampla o Programa **Alimentação Saudável**, pela nova dimensão alcançada.

## Implementação

Quanto às restrições que interferiram no desempenho do Programa, ocorreram problemas gerenciais de estados e municípios. Deve-se ressaltar que a maioria dos municípios brasileiros vem, gradativamente, aprimorando sua estrutura e recursos humanos para operacionalizar os programas descentralizados do Governo Federal com a celeridade necessária. A melhoria do desempenho dos gestores municipais e estaduais é essencial, o que está sendo enfatizado nas intensivas capacitações realizadas. A decisão governamental de unificar os cadastros dos programas sociais interferiu, num primeiro momento, no cronograma de implantação do programa Bolsa-Alimentação. Não se pode questionar, entretanto, o grande alcance posterior dessa medida. Se os municípios, responsáveis diretos pelo cadastramento, necessitaram, no início, de uma atenção especial para se adaptarem às rotinas operacionais e tecnológicas que o cadastramento único introduziu, hoje a realidade é bastante diferente. Há um expressivo domínio do processo em todo o País.

Também ocorreram alguns imprevistos no desenvolvimento do Sistema de Informações Sisvan/SBA, essencialmente quanto ao cronograma estabelecido pelo Datasus, e que já foram superados. Este sistema será implementado de forma ampla em 2003.

Outras interferências foram:

- inadimplência - houve situações em que a inadimplência com o INSS, por parte de alguns convenentes, implicou atraso na liberação de recursos. Isso ocorreu não só com instituições públicas e privadas, mas também com secretarias estaduais. O atraso no encaminhamento da documentação exigida e seu correto preenchimento também prejudicou o desenvolvimento da ação 3890; e
- lentidão da tramitação - a ação 3890 - Estudos e pesquisas sobre alimentação saudável e recuperação nutricional envolve uma minuciosa e exigente tramitação que culmina na celebração dos convênios. Em virtude desse rigoroso processo, que envolve diversas áreas do Ministério da Saúde, a liberação dos recursos de alguns projetos atrasou, o que levou a inscrição em restos a pagar dos recursos comprometidos para alguns projetos.

Em relação ao monitoramento do desempenho físico das ações do Programa, verifica-se que as famílias beneficiadas no programa Bolsa-Alimentação são assistidas por uma equipe do PACS/PSF ou por uma unidade básica de saúde. Os dados antropométricos (peso e altura) são registrados no Cartão de Saúde e no Formulário de Acompanhamento. A participação dos beneficiários, nas atividades do Programa, deverão ser registradas na caderneta do programa Bolsa-Alimentação (que fica de posse da família) e no Formulário de Avaliação da Agenda de Compromissos.

Os dados referentes ao acompanhamento de crianças e gestantes devem ser digitados no Sistema de Informações Sisvan/SBA e transmitidos, via internet, para o módulo federal todas as vezes que os beneficiários comparecerem às consultas de rotina, bem como as atividades específicas do programa Bolsa-Alimentação. Após estes dados serem enviados, imediatamente, estarão disponíveis para acesso da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde. A implementação completa do monitoramento exposto acima permite acompanhar a evolução do estado nutricional dos beneficiários, ao mesmo tempo em que possibilita mensurar periodicamente as taxas constantes do PPA 2000 - 2003.

O instrumento para acompanhamento do estado nutricional das crianças e o ganho de peso das gestantes é o Cartão de Saúde. O Cartão será fundamental para que a equipe de saúde possa monitorar a tendência de ganho de peso dos beneficiários e alimentar os dados do Sisvan.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan é um sistema de informações sobre condições alimentares e nutricionais da população e seus determinantes, o qual objetiva fornecer a base para decisões políticas, de planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e estado nutricional da população.

A implementação completa do monitoramento por meio do Sistema Sisvan/SBA, permitirá acompanhar a evolução do estado nutricional dos beneficiários, ao mesmo tempo em que possibilitará mensurar periodicamente as taxas constantes do PPA 2000 - 2003 pertinentes ao Programa **Alimentação Saudável**.

Está sendo realizada uma avaliação de impacto do Bolsa-Alimentação. Foram realizadas 1.300 entrevistas em seis municípios, em 2002. A amostra total é de 1.834 entrevistas em dezenove municípios. Os dados já coletados estão sendo digitados e analisados.

A análise preliminar dos resultados constatou que 96,2% dos beneficiários entrevistados afirmaram usar os recursos para compra de alimentos. Os recursos são gastos principalmente na compra de leite e fruta, seguida da compra de verduras, arroz, feijão e carnes. Oitenta e cinco por cento dos responsáveis declararam não ter qualquer dificuldade ou problema no recebimento do benefício. A maior parte dos entrevistados (83,8%) declarou não ter problemas no acesso aos serviços de saúde, o que induz a imagem de serviços de saúde adequados para esta faixa da população, particularmente nos municípios em que o PACS/PSF possui maior cobertura populacional.

Em consonância com as diretrizes da PNAN, identifica-se o fomento de informações sobre alimentação saudável como estratégia fundamental para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população e conseqüente melhoria do seu perfil epidemiológico e alimentar e nutricional. Nesta linha, vem sendo efetivada a elaboração de guias alimentares para a população brasileira e para grupos específicos, bem como material instrucional e educativo para profissionais da atenção básica de saúde.

O Ministério da Saúde, ao orientar as ações, programas e serviços que derivam da Política de Alimentação e Nutrição, no âmbito das diretrizes do SUS, elege a capacitação dos profissionais de saúde, em particular aqueles que atuam na atenção básica de saúde, como estratégia fundamental neste processo. Vale destacar que tal capacitação deve abordar conteúdos que consolidem a implantação da PNAN, tais como, direitos humanos à alimentação, a importância da segurança alimentar e nutricional para o perfil de saúde e nutrição da população, bem como para o direcionamento das ações na área e a relevância do enfoque da promoção da alimentação saudável, em todo o ciclo vital.

Nesse sentido, a Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição - CGPAN e o Departamento de Atenção Básica - DAB, em parceria com o Projeto Promoção da Saúde, todos pertencentes à estrutura da Secretaria de Políticas de Saúde, elaboraram uma estratégia de capacitação dos profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Saúde da Família - PACS/PSF e demais profissionais da atenção básica de saúde em conhecimentos sobre alimentação, nutrição e modos de vida saudáveis. No período decorrido entre dezembro 2001 e junho de 2002 foi concretizada a primeira etapa da estratégia adotada, por meio da realização de oficinas macrorregionais, capacitando-se 280 profissionais nos 27 estados da Federação. Esses profissionais serão os facilitadores e executores das demais etapas de capacitação em seus respectivos estados.

Quanto à capacitação da equipe gerencial no período 2000-2002:

- a equipe foi reforçada em termos quantitativos e qualitativos. Todos os novos membros, escolhidos em conformidade com sua condição curricular, foram

capacitados com pertinência e tenacidade. Esse esforço foi amplamente recompensado na medida em que a CGPAN passou a contar com profissionais altamente qualificados após séries de treinamentos e produção de materiais técnicos. Nesse contexto, houve a produção de manuais, questionários e folhetos diversos que facilitaram a adequação do conhecimento dos profissionais da CGPAN. Houve a transformação de uma área técnica em uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGPAN constituída por setores com funções bem definidas. Houve também um intenso processo de capacitação dos integrantes da equipe gerencial responsável pela implementação do Programa.

Quanto à capacitação das equipes nos níveis estadual e municipal:

- a estimativa é que em 1998, 1999, 2000 e 2001 foram capacitados técnicos em todos os municípios que implantaram o ICCN. Em 2001, houve capacitação de técnicos responsáveis pelo ICCN e de técnicos voltados para a implementação do programa Bolsa-Alimentação. Em 2002, a capacitação vem ocorrendo no Bolsa-Alimentação. A média do ICCN, desde sua criação em 1998, foi de um técnico por município. No programa Bolsa-Alimentação foram dois técnicos por município em duas situações distintas, portanto quatro por município. Quanto aos estados, houve, em cada situação, a média de dez técnicos capacitados por ano, incluindo profissionais das secretarias estaduais e as regionais de Saúde. A estimativa é que mais de 32 mil profissionais foram capacitados para as ações do Programa **Alimentação Saudável** nos estados e municípios no período 2000-2002.

Em relação às vantagens ou desvantagens dos principais parceiros do Programa, destacam-se:

- Gestores Municipais - responsabilidade pelo cadastramento e acompanhamento das famílias.
- Programa Saúde da Família - as equipes do Programa Saúde da Família incentivam e cobram dos beneficiários o atendimento da agenda de compromissos.
- Gestores Estaduais - Coordenação do Programa no Estado: apoio técnico e capacitação dos municípios. Participação no processo de avaliação do Programa.
- Centros Colaboradores - exercem papel importante no apoio técnico-científico e na avaliação do Programa em todo País.
- Datasus - desenvolvimento do sistema de informações e viabilização dos pagamentos do Bolsa-Alimentação.
- Denasus - Auditorias e supervisões nos municípios.
- Caixa Econômica Federal - Cadastramento das famílias beneficiadas e viabilização do pagamento da bolsa. Capilaridade permite realização do pagamento das bolsas em todos os municípios do País.

Em relação aos parceiros de outros programas do PPA:

- Há uma integração bem definida com o Programa de Saúde da Família - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, fundamental para eficácia do Programa **Alimentação Saudável**, especialmente quanto às ações básicas de saúde, e com o Programa Toda Criança na Escola (Bolsa-Escola), do Ministério da Educação.

- Deve-se enfatizar o trabalho técnico realizado pela CGPAN em parceria com diversos outros órgãos. A CGPAN é parceira do Programa Saúde da Criança, contribuindo na formulação de materiais técnicos que discorram sobre alimentação e nutrição de crianças e na formulação do Protocolo de Atenção à Criança de zero a dez anos, buscando a Promoção de Ambiente Saudável na escola, na família e em outros ambientes da criança.
- Está sendo formulada parceria com o Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde - Desai/Funasa com o objetivo de promover a alimentação saudável em comunidades indígenas.

Quanto aos mecanismos de participação da sociedade:

- A concepção do programa Bolsa-Alimentação enfatiza o controle social via Conselhos de Saúde, associações de moradores e obviamente dos ministérios públicos federal e estaduais. A participação do Conselho Municipal de Saúde no Bolsa-Alimentação ocorre já no momento inicial da adesão do município, que necessita da Carta do Conselho Municipal de Saúde para aprovar sua adesão. Todas as informações do Programa devem estar disponíveis aos conselheiros, que participam inclusive da fiscalização da listagem de beneficiários.
- O Programa não avalia a satisfação dos usuários/beneficiários em relação à sua execução. No entanto, apesar de não mensurar de forma sistematizada a satisfação do usuário, já foram desenvolvidas pesquisas com o objetivo de demonstrar a efetividade do Programa Alimentação Saudável. A aferição indireta do grau de satisfação do usuário com o serviço prestado tem sido feita, ainda que de forma não sistemática, pela participação no Disque-Saúde. Os índices de satisfação com o Bolsa-Alimentação são grandes, sendo que 95% dos entrevistados declararam-se satisfeitos ou totalmente satisfeitos com o Programa. Além disso, observa-se que há um bom atendimento das expectativas dos beneficiários quanto ao Programa. Constatou-se que a maior parte das pessoas (83,8%) prefere receber o benefício na forma de dinheiro, em vez de recebê-lo por meio de alimentos em espécie ou de outras maneiras.
- Foram realizadas 2.328 entrevistas a beneficiários, com aplicação de instrumento de avaliação amostral do ICCN. Os beneficiários, pertencentes a 308 municípios de todos os estados brasileiros, receberam visita domiciliar de profissionais das unidades de saúde locais, em geral acompanhados pelo Agente Comunitário de Saúde do bairro, e responderam a uma série de questões inerentes ao ICCN. Essas questões abordavam aspectos referentes à forma de utilização dos produtos, tipo de orientação recebida pelo beneficiário e grau de satisfação em relação ao incentivo. Neste último item, em especial, apenas 2,5% dos beneficiários opinaram que achavam o ICCN regular ou ruim.
- O instrumental de avaliação que está sendo desenvolvido possibilitará mensuração da satisfação do usuário com o programa Bolsa-Alimentação. O art.14, da Portaria nº 1.920, estabelece que a avaliação de impacto do Programa deve contemplar a análise de seus efeitos a curto, médio e longo prazos, tanto na esfera individual e familiar quanto no contexto comunitário. A mensuração da efetividade do Programa será fundamental no processo de avaliação.

## Assistência Farmacêutica

**Resultados** O Programa tem por objetivo garantir o acesso da população a medicamentos básicos.

No período de 2000 a 2002 o Programa atingiu 100% da população prevista. Destacam-se como pontos positivos os seguintes:

- incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para Assistência Farmacêutica - Farmácia Básica, cobrindo toda a população nacional;
- a Farmácia Popular é uma ação que consiste na aquisição e distribuição de kits de medicamentos de atenção básica, com 31 medicamentos que são distribuídos para cada equipe do Programa Saúde da Família, de três em três meses. Importante ressaltar que, como a distribuição está ligada ao Programa Saúde da Família, tem-se a certeza de que o medicamento vai chegar ao doente com a avaliação de um médico e um enfermeiro, ou seja, um profissional habilitado. Desde 2001 foram distribuídos um total de 89 mil kits;
- desenvolvimento e implantação dos Núcleos de Apoio Avançados nos almoxarifados de todos os estados e no Distrito Federal que, por meio do Sistema Informatizado de Medicamentos, estão disponibilizando, *on-line*, informações gerenciais quanto aos estoques e distribuição dos medicamentos estratégicos; e
- modernização e reestruturação de treze laboratórios oficiais - Projeto Guarda-chuva, que trata da modernização e reestruturação dos laboratórios oficiais. Verifica-se que a grande dificuldade dos municípios, que receberam o valor de R\$ 1,00 habitante/ano do Ministério da Saúde, é que não tinham de quem comprar. Nesse contexto, o principal objetivo do Projeto é incentivar o crescimento da oferta de medicamentos para Atenção Básica de Saúde, fazendo como que estes sejam disponibilizados ao menor valor possível, possibilitando que o município adquira o medicamento.

Com licitações mais transparentes e ágeis, o Ministério da Saúde passou a comprar melhor os medicamentos que distribui a estados e municípios. Conseguiu adquirir medicamentos a preços reduzidos. Destaque para a licitação tipo pregão. Pregão é a modalidade de licitação instituída pelo Decreto nº 3.555, de 8 de agosto de 2000, para aquisição de bens e serviços comuns, promovida exclusivamente no âmbito da União, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita em sessão pública, por meio de propostas de lances para classificação e habilitação do licitante com a proposta e menor preço. É um procedimento que dá transparência e agilidade nas compras, uma vez que o prazo de divulgação do edital é de apenas oito dias úteis. No Ministério da Saúde tem-se utilizado rotineiramente essa modalidade de licitação, com resultados surpreendentes. Na licitação convencional tem-se a oportunidade de interpelações judiciais e administrativas, que aumentam muito o tempo do processo, prejudicando a aquisição do produto. No pregão, essas ações são menores, uma vez que no mesmo momento todos os atores estão vendo e tomando conhecimento das decisões.

Gerente:

Platão Fischer Puhler

Também passou-se a conhecer com maior precisão a demanda, ou seja, a quantidade certa, de acordo com o número de pacientes atendidos. Destaque para a criação do

Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos.

Quando o Ministério da Saúde repassa mensalmente às prefeituras os valores correspondentes à Atenção Farmacêutica Básica, ele acredita que os mesmos serão transformados em remédios. Entretanto, ao monitorar os repasses do ano de 1999, observou-se uma grande dificuldade do gestor municipal em adquirir os produtos. Burocracia, falta de conhecimento, economia de escala e longas distâncias foram alguns dos problemas identificados.

No intuito de contribuir para a plena utilização destes recursos, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos, que é uma licitação pública, na modalidade de Concorrência, onde os licitantes apresentam os seus preços para registro. Aquele que atender às condições solicitadas no edital e possuir o menor preço será declarado vencedor.

Estados, municípios, Distrito Federal e órgãos vinculados a estas esferas de governo e ao Ministério da Saúde, podem comprar os produtos aos preços registrados sem necessidade de um processo licitatório, utilizando a Ata de Registro de Preços do Ministério da Saúde. Isso torna o procedimento de aquisição bem mais ágil, garantindo a possibilidade de adquirir pequenas quantidades ao preço de venda de grandes volumes, evitando a formação de estoques excessivos e otimizando a utilização dos recursos financeiros disponíveis. A utilização do Sistema Nacional de Registro de Preços de Medicamentos e Correlatos está prevista na Lei nº 10.191, de 2001.

Mais de 100 medicamentos estão registrados e após sua implantação observou-se uma melhora sensível na aquisição de produtos por meio das Secretarias Municipais de Saúde.

O Ministério investiu e está investindo na melhoria da tecnologia dos laboratórios oficiais. Resultado: controle da qualidade dos medicamentos, estímulo à concorrência com laboratórios privados e redução de preços.

O Ministério da Saúde vem ampliando as discussões sobre novas propostas de gestão que, aplicadas pelos estados e municípios, possam garantir uma melhora no processo de descentralização, especificamente na questão do medicamento.

Um ponto muito importante também foi colocar em funcionamento o Sistema de Núcleos de Apoio Avançados - NUAPs. Buscando qualidade dos serviços oferecidos, foi desenvolvido e está sendo implantado nos almoxarifados estaduais, os Núcleos de Apoio Avançados - NUAPs, que por meio do Sistema Informatizado de Medicamentos - Simed, disponibiliza, *on-line*, informações gerenciais quanto à distribuição dos medicamentos, adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados.

Com os NUAPs, obteve-se uma melhora no sistema de informações gerenciais, proporcionando aos gestores federais e estaduais, a execução da programação anual de medicamentos com os ajustes e a racionalidade necessária ao sucesso dos programas desenvolvidos.

Assim, quando o produto adquirido pelo Ministério da Saúde chega ao almoxarifado de medicamentos de todos os estados da Federação, automaticamente e concomitantemente, ele é registrado no banco de dados central (Ministério da Saúde/Brasília), e passa a fazer parte do estoque nacional.

Para se conferir se este procedimento foi implantado em cada almoxarifado estadual, há um ponto do sistema informatizado, que é operado por dois funcionários vinculados ao Ministério. Este mecanismo tem fornecido grande segurança ao processo de distribuição dos produtos e também no acompanhamento e rastreamento dos remédios para o serviço de controle de qualidade.

Os principais resultados esperados até 2003 são:

- redução nos preços dos medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde a estados e municípios;
- aumento do número de pessoas atendidas pelo Programa de **Assistência Farmacêutica**;
- maior controle das entregas e a garantia da qualidade do medicamento; e
- facilidade de estados e municípios em comprar o medicamento, por meio do Registro Nacional de Preços.

**Concepção** O problema ou a demanda da sociedade que deu origem ao Programa foi a necessidade do medicamento básico chegar à população de forma geral, mas principalmente à população carente. Com a desativação da Central de Medicamentos - CEME, o Programa de **Assistência Farmacêutica** vem suprir essa necessidade. Ao longo do seu desenvolvimento as ações foram executadas visando sempre melhorar e facilitar o acesso da população ao medicamento.

O Programa de **Assistência Farmacêutica Básica**, instituído pela Portaria nº 176, de 8 de março de 1999, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica e define valores a serem transferidos, é um novo mecanismo de financiamento do Sistema Único da Saúde - SUS, no qual o Ministério da Saúde repassa aos fundos estaduais e/ou municipais de saúde, recursos financeiros na ordem de R\$ 1,00 por habitante/ano, com uma contrapartida estadual e municipal de no mínimo R\$ 1,00 por habitante/ano.

Importante citar que a aplicação destes recursos, na aquisição dos medicamentos voltados para a assistência farmacêutica básica, é da responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

A concepção do Programa pode ser considerada adequada e concorre para a obtenção dos resultados esperados, atingindo 100% do público-alvo.

Quanto à regionalização, ressalta-se que o repasse do incentivo é realizado por meio de recursos financeiros, ficando o município com a responsabilidade de adquirir o medicamento. Não há um problema quanto à caracterização do público-alvo, uma vez que cabe ao município, com o recebimento da verba, comprar o medicamento de forma a atender as necessidades da sua região. Por exemplo, alguns medicamentos que são utilizados na região Nordeste, tendo em vista as condições socioeconômicas, não são os mesmos que serão utilizados na região Sul. Verificamos aí um fator de sucesso do Programa, pois fica sob a responsabilidade do gestor municipal a decisão do que comprar, de forma a atender da melhor maneira possível à população da sua cidade.

Importante relacionar que o Programa **Assistência Farmacêutica** desenvolve outras ações, tais como distribuição de medicamentos relacionados a outros programas como Aids, *Diabetes mellitus*, endemias focais, hanseníase, hemoderivados e tuberculose.

Ações decorrentes:

- distribuição direta e gratuita a todos os doentes dos medicamentos necessários (anti-retrovirais) e os kits para testes de HIV. O Programa é considerado como referência mundial, em função dos resultados obtidos, atingindo uma população/beneficiada de 131 mil/doentes por ano;

- distribuição gratuita, a todos os diabéticos, de insulina e glibenclamida;
- distribuição gratuita dos medicamentos para controle e combate das doenças malária, leishmaniose, cólera, esquistossomose, meningite, peste e tracoma;
- distribuição gratuita, a todos os doentes, dos medicamentos: clofazimina, dapsona, mincociclina, ofloxacino e outros;
- atendimento gratuito pela rede de fatores de coagulação VII, VIII e IX; e
- distribuição gratuita, a todos os doentes, dos medicamentos necessários ao tratamento de tuberculose.

Dentre os aspectos da estratégia de implementação que necessitam ser aperfeiçoados, destacam-se:

- programação de eventos técnicos, com a participação de gestores municipais, estaduais e federais, de forma a promover o intercâmbio de experiências, contribuindo tecnicamente com os parceiros na difusão de informações específicas, troca de experiência no contexto da Assistência Farmacêutica, bem como no âmbito da Política de Medicamentos.
- aperfeiçoamento dos mecanismos de supervisão do Programa junto à gestão municipal.

Os aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para a obtenção dos principais resultados do Programa foram:

- promoção de licitações mais transparentes e ágeis, permitindo que o Ministério passasse a comprar melhor os medicamentos que distribui a estados e municípios. Foi possível adquirir medicamentos a preços reduzidos para fornecimento do Programa Farmácia Popular, para distribuição por meio do Programa Saúde da Família;
- conhecimento, com maior precisão, da demanda, ou seja, a quantidade certa de acordo com o número de pacientes atendidos; e
- investimento na melhoria da tecnologia dos laboratório oficiais. Resultado: controle de qualidade dos medicamentos, estímulo à concorrência com laboratórios privados e redução de preços.

Os recursos financeiros liberados foram suficientes para cobertura do atendimento de medicamentos ao público-alvo, em um fluxo, ao longo do exercício, compatível com a programação. A execução físico-financeira das ações do Programa é inteiramente desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com parcerias junto a municípios.

O repasse de recursos é feito fundo a fundo e os municípios prestam contas, possibilitando verificar a execução do Programa. Quanto às ações de distribuição de medicamentos como a Farmácia Popular e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, conta-se com a avaliação que é feita por grupos técnicos, no âmbito estadual e municipal, de forma muito precisa.

Verifica-se que há necessidade de capacitação da equipe gerencial de forma a atender melhor o público-alvo, embora, de maneira genérica, os recursos humanos estejam adequados para a implementação do Programa, assim como também estão adequados os recursos materiais e a infra-estrutura.

## Implementação

Não houve restrições que interferiram no desempenho das ações de maior impacto e nem interferências dos processos de contratos e convênios na implementação do Programa.

A evolução do esforço de capacitação das equipes responsáveis pela implementação das ações nos níveis estadual e municipal é considerada boa, mas é possível melhorar, por meio de treinamento de equipes e troca de experiências entre os gestores federais, estaduais e municipais.

O desempenho dos parceiros na execução das tarefas e no cumprimento das metas acordadas foi satisfatório.

Destaca-se a importância de realizar parcerias com laboratórios oficiais, privados e ONGs.

O Programa não possui mecanismo de participação da sociedade.

A satisfação do usuário é medida por meio de avaliação realizada pela área técnica responsável pelo Programa (não foi especificado qual o mecanismo utilizado).

## Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar

### Resultados

O Programa tem por objetivo promover o acesso equitativo e universal da população aos serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares no Sistema Único de Saúde - SUS.

Como principais resultados do Programa, destacam-se:

- a ampliação da modalidade de transferência com base nos repasses automáticos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, na medida em que consolida o processo de descentralização da gestão da assistência à saúde no SUS;
- organização e gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais, o que possibilitou a otimização dos recursos utilizados e a ampliação do número de medicamentos disponíveis para população (no ano de 2002, 129.268 pacientes receberam esse tipo de medicamento); e
- financiamento de campanhas e mutirões para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, como a cirurgia de catarata, de próstata, varizes e outros.

O principal impacto do Programa foi garantir a assistência hospitalar e ambulatorial à população brasileira, tendo sido viabilizada por mês, em média, 977 mil internações hospitalares, 594 mil sessões de terapia renal substitutiva, 461 mil de radioterapia e 88 mil de quimioterapia, dentre outros procedimentos como consultas, cirurgias eletivas, radiodiagnóstico etc.

Com relação a pontos positivos que contribuíram para o alcance dos objetivos do Programa, pode-se destacar:

- criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC que permitiu a elevação da oferta de outras ações assistenciais;
- o financiamento dos mutirões garantindo o acesso a cirurgias eletivas que, de outra forma, relegariam milhares de cidadãos a incapacidades e sofrimentos perfeitamente evitáveis;
- o financiamento de procedimentos de alta complexidade, como transplantes, Terapia Renal Substitutiva e outros, possibilitando para muitos brasileiros, a sua sobrevivência ou melhoria acentuada em sua qualidade de vida; e
- cobertura pelo FAEC dos procedimentos de alta complexidade tecnológica ou de alto custo, permitindo maior cobertura assistencial, sua desconcentração espacial no território dos estados, e o atendimento das pressões de demanda de casos de alta gravidade, como Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise e Diálise Peritoneal Contínua), quimioterapia e radioterapia.

A estratégia de implementação que mais contribuiu para o alcance dos resultados foi a ampliação das transferências fundo a fundo dos recursos federais aos estados e municípios brasileiros, habilitados de acordo com a Norma Operacional Básica - NOB 01/96, tendo sido garantido o fluxo regular no repasse desses recursos, bem como a autonomia de gestão da assistência à saúde nos âmbitos estadual e municipal.

**Gerente:**

**João Gabbardo dos Reis**

Dentre os fatores que dificultaram a implementação do Programa em 2002, destacam-se a inadequada infra-estrutura e a deficiência de recursos humanos para dar suporte à gerência.

Analisando-se o Programa frente aos indicadores selecionados - com base na comparação entre os índices registrados em 2000 e 2002 - pode-se observar que, em geral, os resultados foram satisfatórios, com destaque para o incremento financeiro destinado à área da atenção básica, que apresentou um crescimento de 27%.

O alcance desse resultado foi possível em razão de mudanças na lógica e nos modelos de financiamento da assistência, cujos critérios de distribuição dos recursos - que eram centrados no pagamento por produção de serviços - passaram a ser gradativamente substituídos por sistemas de equalização das transferências por base populacional, inicialmente com o Piso de Atenção Básica - PAB e dos incentivos para determinadas áreas, como: ações básicas vigilância sanitária; PACS; combate à carência nutricional; e saúde bucal. Mais recentemente, instituiu-se o PAB ampliado e a fixação de um valor per capita microrregional para cobertura do primeiro nível de referência da média complexidade (M1).

---

## Concepção

A Constituição brasileira consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição também estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização e mando único em cada esfera. O Sistema Único de Saúde deve ser capaz de promover e otimizar o atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar à população, por meio de assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população, prestado pela rede pública e contratada/conveniada.

Assim foi instituído o Programa Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar como um dos instrumentos de implementação do Sistema Único de Saúde, destinado a viabilizar o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial na rede de serviços do SUS.

---

## Implementação

Em 2002, o desempenho físico das ações, com recursos descentralizados, ocorreu dentro do previsto. A execução descentralizada das ações desse Programa tem garantido o alcance das metas físicas, considerando que a execução das ações e serviços de saúde no SUS é da competência dos municípios e não do nível federal. No que tange ao desempenho físico das ações executadas em outras unidades administrativas, o Programa possui somente uma ação executada pelos hospitais da rede federal, cujo desempenho físico foi considerado satisfatório.

Em relação ao esforço de capacitação no âmbito da equipe gerencial, considerando que, em geral, o gerente do Programa acumula outras atividades no âmbito da instituição, para facilitar a sua participação nos cursos de capacitação, sem prejuízo das demais funções, poderia se buscar alternativas aos cursos presenciais por aqueles via internet, tendo em vista a sua flexibilidade quanto ao horário mais adequado para cada profissional participante desse processo.

Em relação à capacitação das equipes estaduais e municipais, durante o período de 2000 a 2002, foram realizados treinamentos em todo o País com vistas à melhoria tanto da capacidade gerencial da rede de serviços quanto da qualidade do atendimento aos usuários do SUS. Nesse sentido, vale destacar as seguintes iniciativas por parte da Secretaria de Assistência à Saúde:

- criação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, cujo objetivo é transferir ou construir conhecimentos e tecnologia em todos os hospitais vinculados, capacitando-os a gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção, constituindo-se em importante estratégia para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS; e
- criação do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, por meio do qual foram capacitados profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.

Com relação às parcerias no âmbito de atuação governamental, é importante destacar que, em razão da superação da Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96, pela Norma Operacional da Assistência - NOAS 01/02, o processo de habilitação de estados e municípios foi suspenso durante o período de negociação da NOAS no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite. Desta forma, foi comprometido o cumprimento das metas relacionadas à habilitação de municípios na gestão plena do sistema, previstas no Programa **Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar**.

Quanto às parcerias com outros programas do PPA, ressalta-se que, tendo em conta que o Programa **Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar** foi desenvolvido no sentido de viabilizar o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial na rede do SUS, os programas direcionados a grupos populacionais específicos, como Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Valorização e Saúde do Idoso, por exemplo, mantêm estreita relação com o Programa, na medida em que os resultados de suas ações impactam sobre a situação de saúde da população, repercutindo, desta forma, no perfil da assistência a ser prestada no âmbito do SUS. Também é de extrema importância o Programa Qualidade e Eficiência do SUS, que está relacionado à infra-estrutura da rede de serviços, por viabilizar a implantação/ampliação da rede de serviços, e aqueles destinados à capacitação dos profissionais de saúde que atuam nessa rede, como, por exemplo, o Profissionalização da Enfermagem.

Um dos principais mecanismos de participação da sociedade no Programa são os Conselhos de Saúde, que atuam nos três níveis de governo. Além dessa instância legal de controle social, vale destacar:

- o sistema de cartas aos usuários do SUS;
- o Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do Sistema Único de Saúde - SAC/SUS como estratégia para aferir a qualidade do atendimento prestado aos usuários e de fortalecer os canais de comunicação entre o Ministério da Saúde e os cidadãos; e
- o Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas - SADE, que prevê, em seus objetivos, a identificação, classificação e priorização de necessidades e problemas, bem como opiniões e sugestões, apresentadas espontaneamente por qualquer cidadão, não se restringindo aos usuários do SUS.

Quanto à avaliação da satisfação dos usuários/beneficiários do Programa, tem-se o seguinte:

Para avaliação anual de todos os hospitais da rede assistencial, foi implantado o Programa Nacional de Avaliação Hospitalar - PNASH, que consiste na aplicação de quatro questionários padronizados em cada uma das unidades.

Os questionários são divididos em: avaliação técnica, avaliação por usuários de ambulatório, avaliação por usuários de internação e avaliação por usuários de emergência.

Os questionários de avaliação pelo usuário representam 60% do resultado final, divididos igualmente entre os usuários do ambulatório, de emergência e os internados. Neles são colhidas opiniões sobre as instalações físicas da unidade, sobre a relação com as equipes médicas e de enfermagem e com os funcionários administrativos e sobre o tempo despendido em cada procedimento.

As informações obtidas são sistematizadas pelo Ministério da Saúde e os dados são cruzados com os do Sistema de Cartas aos Usuários do SUS, quando são identificadas as distorções entre os dois sistemas de avaliação, bem como os hospitais com melhor desempenho. Os resultados finais, bem como as recomendações decorrentes, são remetidos de volta aos estados e municípios.

A execução financeira do Programa tem sido satisfatória, mas não suficiente frente à crescente demanda da população por ações e serviços de saúde e aos limitados recursos financeiros destinados ao setor (apesar da garantia de fontes estáveis para o seu financiamento, decorrente da aprovação da Emenda Constitucional nº 29).

Em 2002, houve a necessidade de suplementação orçamentária no valor de R\$ 216.161.093,00, conforme dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - Siafi (posição em dezembro de 2002). Esta suplementação contribuiu para que o cumprimento das metas físicas ficasse dentro do previsto. O fluxo de liberação dos recursos foi compatível com a programação, contribuindo também para o cumprimento das metas estabelecidas.

O Programa **Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar** não possui ações em outros ministérios. As ações previstas nesse Programa são, em sua grande maioria, executadas pelos prestadores de serviços cadastrados no SUS, sob a gestão das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, de forma descentralizada.

O monitoramento do desempenho físico é realizado por meio dos sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS - e Hospitalares - SIH/SUS.

## Controle da Hanseníase e de Outras Dermatoses

O objetivo do Programa é eliminar a hanseníase como problema de saúde pública e controlar dermatoses de interesse sanitário. Espera-se que o objetivo seja atingido até o final do ano de 2005. Portanto, o agravo prioritário desta área é a hanseníase, doença que no Brasil se detecta a cada ano cerca de 40 mil casos novos e há aproximadamente 70 mil casos registrados.

No ano de 2000, estavam registrados 77.676 casos de hanseníase com taxa de prevalência de 4,68/10 mil hab. No ano de 2001, foram registrados 72.589 casos de hanseníase. No ano de 2002, foram detectados 35.635 casos novos e estavam registrados 78 mil casos da doença. Entre 2000 e 2001, houve uma redução de 7% em números absolutos e de 9% em relação à taxa de prevalência.

Espera-se a cada ano uma redução de 30% na prevalência de hanseníase no Brasil, chegando-se ao ano de 2005 a menos de um doente para cada dez mil habitantes, em pelo menos dezessete estados do Brasil e como média nacional. Os resultados obtidos indicam ser factível a eliminação da doença se forem mantidos os processos ora em curso. Dois estados já alcançaram a meta (RS e SC). Espera-se para 2003 que mais quatro estados possam alcançá-la (PR, SP, RN e DF).

O Plano de Eliminação da Hanseníase foi fortalecido com o trabalho das equipes do PACS/PSF e os principais resultados foram:

- aumento da detecção de casos novos (devido ao processo de mobilização de estados e municípios) - esse aumento já era esperado nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto os estados do Sul e Sudeste mantêm suas taxas inalteradas;
- aumento da taxa de cura em pacientes paucibacilares e multibacilares (devido ao aumento de cobertura de serviços e treinamento);
- redução de incapacidades físicas no diagnóstico de pacientes (devido ao diagnóstico precoce dos casos); e
- redução da taxa de abandono ao tratamento.

A hanseníase ainda é uma doença endêmica no Brasil. O País possui o maior número de doentes da região das Américas e a quarta taxa de prevalência do mundo. A doença é endêmica em todos os 27 estados do País, sendo maior o número de casos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Acomete a população de todas as faixas etárias, sendo mais freqüente em adultos jovens das faixas socioeconômicas mais carentes.

O Programa de Eliminação da Hanseníase tem a sua concepção baseada na descentralização e na articulação com todos os parceiros, tais como estados, municípios, OPAS/OMS, Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase), ONGs etc. O trabalho com o PACS/PSF tem sido importante para o aumento de redução do abandono, do diagnóstico precoce dos casos da doença e aumento da cura dos casos.

De um modo geral, a concepção do Programa está adequada, embora necessite de aperfeiçoamento no aspecto regionalização, de forma a contemplar estratégias elaboradas de acordo com as taxas de prevalência e detecção, diferenciando as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, das Regiões Sul e Sudeste.

### Resultados

### Concepção

Gerente:

Gerson Fernando Mendes Pereira

Com relação às principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e às ações existentes no setor, destacam-se:

- prevalência oculta: campanha de divulgação, instituição de incentivo bônus, mutirão para diagnóstico de casos novos;
- falhas no sistema de informação: implementação do Sinan, treinamento de pessoal; e
- Deficiência de pessoal capacitado: treinamento de pessoal em todos os estados.

É importante destacar ainda aspectos a serem aperfeiçoados quanto à estratégia de implementação, tais como:

- organização dos trabalhos no âmbito da gerência: é preciso aumentar a equipe e melhorar a área física;
- organização dos trabalhos no âmbito das unidades descentralizadas: necessidade de maior descentralização, utilizando a estrutura do PACS/PSF, o que propiciará aumento da cobertura; e
- forma de repasse dos recursos: maior agilidade no repasse de recursos de convênios por parte do Ministério da Saúde e sua execução pelos estados.

## Implementação

No ano de 2002, houve uma execução financeira de quase 100% do recurso orçamentário, por meio da celebração de convênio com estados e centros de referência, aquisição de medicamentos, incentivo à detecção da prevalência oculta da doença, além da assessoria direta aos estados por meio de acompanhamento e supervisão. O recurso, no valor de R\$ 14 milhões, tem sido suficiente. Importante ressaltar que neste recurso não se inclui a aquisição de medicamentos. Todos os medicamentos de hanseníase são doados pela OMS, exceto para o tratamento dos estados reacionais. Houve descontinuidade de fluxo de recursos para os convênios estaduais e com centros de referência nacional, devido ao processo eleitoral, sem entretanto comprometer o cumprimento de metas.

O monitoramento do desempenho físico é feito por meio do acompanhamento físico e financeiro da execução dos convênios. É de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde o repasse das informações sobre a evolução física e financeira à Secretaria - Executiva do Ministério da Saúde. Os indicadores de impacto também são úteis nesse monitoramento. Há dificuldades quanto à agilidade no repasse de recursos do Ministério da Saúde aos estados e, antes, na sua execução, levando à prorrogação dos mesmos.

O Programa de Eliminação da Hanseníase trabalha em parceria com o Morhan, que faz parte do Comitê Assessor de Hanseníase e do Conselho Nacional de Saúde. O Morhan possui núcleos em todo o País, acompanha a execução das atividades em nível estadual e municipal e é o principal mecanismo de participação social.

Tem-se trabalhado em conjunto com a OPAS/OMS e com organizações não-governamentais internacionais, Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD, Associação Brasileira de Hansenologia - ABH, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems, o que tem gerado a capacitação de recursos humanos, a produção de materiais técnico-normativos, a aquisição de medicamentos, supervisão técnica aos estados.

Também são treinadas nos estados as equipes gerenciais, por meio de cursos de gerência, o que levou à capacitação de equipes nos 27 estados brasileiros.

No ano de 2001, dentro do Plano Nacional de Mobilização para a Intensificação das Ações de Eliminação da Hanseníase, foram treinados profissionais de todo o País, perfazendo um total de 15 mil profissionais, o que deverá, no ano de 2002, impactar as ações de diagnóstico e tratamento.

Ainda assim, há pouco pessoal, em quantidade e em capacitação, nos níveis estadual e municipal e há necessidade de capacitação de pessoal para o diagnóstico, tratamento, gerência do Programa e alimentação do sistema de informação.

As condições físicas e de materiais da área no nível nacional são inadequadas. Os computadores são obsoletos e a área física é pequena para o trabalho de sete técnicos.

A pesquisa de satisfação de beneficiários não possui mecanismo próprio. A avaliação é feita levando-se em conta as ligações recebidas pelo Disque-Saúde e as reclamações e reivindicações do Morhan.

## Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

### Resultados

O Programa tem o objetivo de desenvolver e divulgar tecnologia de produtos e processos aplicáveis em saúde pública e usa como indicador a Taxa de Produtividade dos Projetos de Pesquisa. A fórmula de cálculo do indicador é a relação percentual entre o número de artigos indexados e o total de projetos científicos em curso. Os índices obtidos em 2000 e 2001 foram, respectivamente, 55% e 51%. Em 2002, este resultado só será possível no final do ano.

O Programa é complexo, envolvendo ações de pesquisa básica, clínica, saúde coletiva e histórica, desenvolvimento tecnológico de produtos e processos, ensino de nível médio e de pós-graduação *stricto e lato sensu*, serviço de referência em doenças infecto-contagiosas para suporte ao SUS, controle de qualidade em saúde.

Portanto, o indicador constituído na formulação do PPA 2000-2003 não retrata a relevância dos resultados de suas ações para a resolução dos problemas de saúde da população.

Tendo em vista que o indicador definido para o acompanhamento do Programa não explicita a relevância do resultado de todas as ações desenvolvidas pelo Programa, é conveniente relacionar os principais resultados destas ações em 2002:

- Pesquisa Científica do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CpqAM) - 67 pesquisas publicadas (59% do previsto na Lei para o ano de 2002);
- Pesquisa Científica do Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz (CPqGM) - 48 pesquisas publicadas (96% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Pesquisa Científica do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) - 116 pesquisas publicadas (105% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Pesquisas Científicas da Fiocruz = 774 pesquisas publicadas (75% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Ensino em Saúde e C&T - 5.495 alunos matriculados (113% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - 34 processos/produtos desenvolvidos (83% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Fármacos - 50 processos/produtos desenvolvidos (100% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Residência Médica na Fiocruz - 108 médicos residentes mantidos (200% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Adequação da Planta de Produção de Vacinas - 25% de execução física (100% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Promoção de Eventos Técnicos Sobre Pesquisa e Desenvolvimento - 80 eventos realizados (250% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Informação e Comunicação em Saúde, C&T = 701.799 usuários atendidos (108% do previsto em Lei para o ano de 2002);
- Serviço de Referência em Saúde C&T = 523.182 serviços de referência prestados (99,5% do previsto em Lei para o ano de 2002);

Gerente:

José Eduardo Pessoa de Andrade

- Serviço de Referência C&T do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS = 8.348 serviços de referência prestados (65% do previsto em Lei para o ano de 2002); e
- Modernização e Adequação de Unidades de Saúde da Fiocruz = 25 unidades modernizadas (100% do previsto em Lei para o ano de 2002).

Considerando o índice previsto para o final do PPA e os índices obtidos em 2000 e 2001, a perspectiva de cumprimento é de 70 a 89% do índice originalmente estimado.

Como já informado anteriormente, o indicador constituído ao início do PPA 2000-2003, não retrata em sua totalidade a complexidade das ações desenvolvidas no Programa. Portanto, os impactos sobre o público-alvo serão analisados conforme os produtos resultantes de suas ações. Tais impactos se mostraram, apesar da restrição orçamentária vivida pelo Programa no período, bastante satisfatórios.

Na área de Ensino em Saúde, propiciou a capacitação de gestores e profissionais de nível médio para o SUS, destacando-se nos últimos anos o Programa de Formação de Auxiliar de Enfermagem, o Curso de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, o curso de Gestão de Serviços de Saúde e o curso de Técnico em Registros e Informações em Saúde, além dos cursos a distância regionalizados, melhorando, assim, a qualidade de atendimento do SUS. Para os primeiros, a Escola de Governo em Saúde tem formado quadros dirigentes e lideranças visando ao aumento da capacidade de governo do sistema de saúde do País. Estima-se a existência de 150 mil dirigentes no setor saúde do País. Destaca-se a criação do Programa de Educação a Distância - EAD, contando atualmente com seis mil alunos inscritos em cursos de especialização e aperfeiçoamento.

Foram prestados serviços laboratoriais de referência para apoio ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do SUS nos diagnósticos de alta complexidade de doenças infecto-parasitárias. Serviços Clínicos de Referência em apoio ao SUS para diagnóstico e tratamento de doenças infecto-contagiosas. Controle de Qualidade em Apoio ao Sistema de Vigilância Sanitária, realizando análises de alta complexidade e geração de metodologias, normatização e capacitação da Rede Nacional de Laboratórios Oficiais de Controle de Qualidade em Saúde.

Para 2003, com a perspectiva de um maior incremento em seu orçamento, deverá ser permitido o desenvolvimento de algumas ações estratégicas, tais como atualizar e modernizar os laboratórios de pesquisa, auxiliando sua maior aproximação à fronteira do conhecimento (genoma e proteoma) e melhorando sua adequação às normas de biossegurança.

.....

O Programa foi concebido com a finalidade de responder às demandas sócio-sanitárias e de saúde do País e oferecer apoio estratégico ao SUS, por meio do desenvolvimento da pesquisa básica e tecnológica, formação de recursos humanos, prestação de serviços de referência, controle de qualidade e informação e comunicação em saúde.

## Concepção

Com relação às principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e às ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA, destacam-se:

- Existência de doenças de prevalência regionais/nacionais que necessitam de investigação para controle, diagnóstico e tratamento - Pesquisa Científica do CPqAM, Pesquisa Científica do CPqGM, Pesquisa Científica do CPqRR e Pesquisa Científica da Fiocruz.

- Necessidade de qualificar os RH do SUS. Necessidade de renovar e reciclar os quadros de pesquisadores e técnicos em C&T em saúde - Ensino em Saúde e Ciência e Tecnologia.
- Necessidade de desenvolver novas vacinas e reagentes diagnósticos adequados ao quadro sanitário nacional - Desenvolvimento tecnológico de imunobiológicos.
- Necessidade de desenvolver novos fármacos adequados ao quadro sanitário nacional - Desenvolvimento tecnológico de fármacos.
- Prover infra-estrutura de informações para os profissionais de saúde pública e a sociedade em geral - Informação e Comunicação em Saúde, Ciência e Tecnologia.
- Necessidade de aprimorar e normatizar os diagnósticos clínicos das doenças infecto-contagiosas e materno infantil. Necessidade de aperfeiçoar o sistema de informações de diagnóstico de doenças infecto-parasitárias em apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Redução do índice de mortalidade por doenças infecto-contagiosas e materno infantis - Serviço de Referência em Saúde Ciência e Tecnologia.
- Necessidade de controle de produtos de uso corrente da população que possam gerar situações de risco, tais como, medicamentos, cosméticos, saneantes, produtos biológicos, sangue e seus derivados etc.- Serviço de Referência em Saúde Ciência e Tecnologia do INCQS.

O objetivo desse Programa não traduz a magnitude de abrangência das ações desenvolvidas. Portanto, não está adequado ao problema. Entende-se ser necessária a revisão do Programa, focalizando problemas específicos que podem ser resolvidos pela pesquisa e desenvolvimento em saúde.

O indicador que está sendo utilizado não reflete os resultados das ações do Programa em todas as suas dimensões, conseqüentemente necessita de melhor adequação.

Seria pertinente a discussão acerca da possibilidade da inserção da Fiocruz em outros programas do PPA, tendo em vista a amplitude de algumas das ações pertencentes ao atual Programa. Por exemplo, a ação de ensino desenvolvida na Fiocruz é de alta relevância e impacto frente às demandas nacionais da área de saúde.

É válido mencionar que, no âmbito do Programa, ocorre o desenvolvimento de produtos e processos em saúde que não estão expressos no PPA, mas que contribuem para o objetivo do Programa. São exemplos: metodologias de análise epidemiológica, equipamentos médico hospitalares, jogos educativos.

Quanto à estratégia de implementação, destaque deve ser dado para um aspecto que muito contribuiu para a obtenção dos principais resultados e pode ser visto como o ponto forte da estratégia adotada. A Fiocruz tem utilizado um instrumento de planejamento, o seu Plano de Objetivos e Metas - POM, que favorece a implementação e obtenção dos resultados. Está em curso processo de aperfeiçoamento desse instrumento envolvendo preocupações de natureza estratégica e de revisão de indicadores buscando como meta melhores resultados de eficiência, eficácia e efetividade.

Por outro lado, a forma de articulação com outras unidades do Ministério é o principal quesito a ser aperfeiçoado. A Fiocruz é a principal unidade do Ministério da Saúde que realiza atividades de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. Esse Programa engloba atividades de outras duas unidades do Ministério que, em função do acúmulo de tarefas do gerente, não estão sendo articuladas como está previsto na implementação do PPA.

## Implementação

A maioria das ações do Programa se dá de forma centralizada. Os orçamentos aprovados para o Programa tiveram execução satisfatória, fruto de preocupação com a eficiência da gestão. A observação das ações previstas na programação do PPA Lei, PPA Vigente e execução financeira no período confirma essa execução satisfatória no total do Programa. Algumas ações, entretanto, como a Promoção de Eventos Técnicos sobre Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e a ação de Desenvolvimento Tecnológico de Processos e Produtos do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - BioManguinhos, tiveram alocação orçamentária muito inferior aos valores previstos no PPA.

As restrições orçamentárias do período não permitiram, também, a atualização dos laboratórios da Fiocruz no nível em que está sendo exigido pelo avanço científico na área biomédica (genoma, proteoma, biologia molecular etc.), com forte composição de equipamentos importados e sujeitos à variação cambial, já que a prioridade era não interromper o fluxo global de execução das ações propostas no plano. Para tal, os investimentos necessários na adequação dos laboratórios e em equipamentos foram postergados.

Com relação à proposta para 2003, a expectativa é que possa ser recuperada parte desse diferencial com os valores inscritos no projeto de lei orçamentária.

Em alguns casos, a estrutura administrativa na qual o Programa se insere é compartilhada com outro Programa. Por exemplo, as unidades de produção da Fiocruz, que são Farmanguinhos e Biomanguinhos, compartilham sua estrutura administrativa com o Programa de Assistência Farmacêutica e Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis.

O monitoramento das ações do Programa é realizado pela compatibilização do Plano de Objetivos e Metas - POM ao Plano Plurianual. O POM é o instrumento interno utilizado para o planejamento e a programação, bem como o monitoramento e a avaliação anual das ações finalísticas desenvolvidas pela instituição - pesquisa e desenvolvimento tecnológico; ensino; produção de imunobiológicos, kits para diagnósticos, fármacos e produtos para controle de vetores; serviços de referência em saúde; informação e comunicação em saúde. Está estruturado na definição de objetivos e metas quantificados em unidades de medida de produção física.

No caso específico da Fiocruz, foi iniciado um programa de capacitação gerencial em convênio com a ENAP para o quadro de gestores no segundo semestre de 2002. Dada a complexidade dessa instituição, já abordada em itens anteriores e o trabalho de planejamento em fase de aperfeiçoamento, esse esforço é considerado fundamental. Foram realizados cursos de planejamento estratégico e de indicadores de desempenho para nivelamento dos gestores das vinte unidades que compõem a estrutura da Fiocruz e está em processo a orientação para organizar de forma dirigida o treinamento dos gestores, já que a necessidade de fortalecer sua capacitação foi avaliada internamente como uma das questões críticas para o desempenho global dessa unidade.

O Programa tem estabelecido parcerias com diversas instituições governamentais e não-governamentais. Dada a extensão dessas atividades, é possível destacar as parcerias de cooperação científica e tecnológica com universidades, institutos de pesquisa, organizações internacionais e outras. O detalhamento dessas parcerias exigiria um dispêndio de esforço e de tempo não disponíveis no momento. As parcerias formalizadas em convênios estão divulgadas na página oficial da instituição e estão em processo de organização e melhoria de sua divulgação por meios eletrônicos. É possível, em nível geral,

afirmar que a natureza das atividades de pesquisa e desenvolvimento incorpora, na sua programação, essas parcerias de cooperação científica e tecnológica e que esses parceiros selecionados têm desempenho equivalente ao da Unidade.

Não há mecanismos de participação da sociedade no âmbito do Programa e a diversidade de atividades desse Programa não permitiu ainda a criação de um instrumento adequado de avaliação da satisfação do usuário. Entretanto, nas atividades de serviços de referência, que envolvem o relacionamento com pacientes encaminhados pelo SUS, estão sendo desenvolvidos por meio do Programa da Qualidade, em consonância com as orientações do Governo Federal, sistemas de pesquisa de satisfação do público-alvo que utiliza os serviços das unidades do Instituto Fernandes Figueira - IFF, voltado para a atenção à saúde da mulher, criança e do adolescente, e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, voltado para o atendimento às doenças infecto-contagiosas.

## Prevenção e Controle da Tuberculose e de Outras Pneumopatias

O objetivo do Programa é prevenir e controlar a tuberculose e outras pneumopatias de interesse sanitário. **Resultados**

Para avaliar os resultados do Programa, foram definidos os seguintes indicadores:

coeficiente de incidência da tuberculose; taxa de cura da tuberculose; coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório; coeficiente de mortalidade por tuberculose; e coeficiente de incidência de doenças do aparelho respiratório.

Apesar da implantação de vários planos específicos de combate, desde 1993, a situação da tuberculose no Brasil ainda não apresentou grandes modificações, constituindo-se em importante problema de saúde pública. Estima-se que cerca de cinquenta milhões de brasileiros estão infectados (doentes ou não), e que ocorrem em torno de 130 mil casos (número que inclui as recidivas e os retornos ao tratamento) com cerca de cem mil casos novos de tuberculose a cada ano, dos quais são detectados 75%, proporção que se repete para o índice de cura, mas com cerca de seis mil mortes por ano. A tuberculose, enfermidade com forte determinação social, é a primeira causa de morte entre os doentes de Aids, ocorrência que se torna mais alarmante em função do aumento paulatino dos índices de resistência medicamentosa.

Na análise dos dados, verifica-se que a redução em todos os parâmetros de avaliação ocorre muito lentamente, devido às particularidades próprias da doença, sendo sempre necessário um intervalo de tempo maior para aferir os impactos das ações e mudanças implementadas. Trata-se de uma doença crônica que leva seis, nove ou doze meses de tratamento e os tratados são avaliados no nono, décimo segundo e décimo quinto mês de tratamento, só encerrando o caso no ano seguinte. Não há informações consistentes para avaliação quanto ao atingimento da meta. Apenas a partir de outubro de 2003 é que serão considerados os dados do ano de 2002.

Ainda assim, espera-se que, a partir da articulação e dos treinamentos realizados dentro do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose, haja um aumento do número de unidades implantadas, alterando todo patamar de parâmetros. Portanto, analisando a situação até o momento, verifica-se que a endemia pode ser considerada estável com mudanças lentas no quadro da tuberculose, não só devido às particularidades próprias da doença, como também por problemas no sistema de informação.

O Coeficiente de Incidência da Tuberculose, que em 2001 foi de 48,1/100 mil habitantes evoluiu para 48,4/100 mil habitantes em 2002. Calculando-se que tenham sido descobertos cerca de 75% dos casos existentes quando a meta era descobrir 90%, tem-se uma realização de 83% da meta. Estes valores originam-se de dados ainda parciais, no entanto do ponto de vista epidemiológico, representam uma situação de endemia. Diante das estimativas dos números de casos (novos ou não) da doença e de brasileiros infectados, acredita-se que este coeficiente tenderá a aumentar nos próximos anos, tendo em vista o trabalho que está sendo realizado na melhoria dos serviços e do sistema de informação.

**Gerente:**

**Neilton Araujo de Oliveira**

A taxa de cura teve um acréscimo muito pequeno, embora não tenha havido melhora na taxa de abandono (o que significa necessidade de maior atenção para que se possa produzir impacto no índice de abandono). Em relação à taxa de mortalidade, continua inalterada durante anos, o que poderia ser reflexo do sub-registro da tuberculose como causa básica de morte, nos atestados de óbito.

Vale ressaltar que não foi possível acompanhar os coeficientes relativos às doenças do aparelho respiratório de interesse sanitário, pelo fato de ainda não ter sido implantado um programa sistematizado para monitoramento dessas enfermidades e nem mesmo foi possível o acompanhamento das atividades hospitalares - focalizadas nessas doenças - realizadas na grande maioria dos atendimentos do sistema de saúde.

O impacto do Programa **Prevenção e Controle da Tuberculose e de Outras Pneumopatias** é mensurado principalmente pelo percentual de detecção dos casos esperados e percentuais de cura dos pacientes. Espera-se que um Programa eficiente tenha condição de detectar 70% dos casos e promover 85% de cura. A implementação e consolidação do tratamento supervisionado (que se encontra em expansão) é a estratégia que será o grande instrumento transformador do *status quo* que ora vivemos.

Um importante aspecto que dificulta a avaliação dos índices alcançados é o contexto de subnotificação e dificuldades na consolidação de dados em que se encontram as informações. Uma vez que são tomadas medidas para melhorar a capacidade de detecção de todos os casos existentes, deve ocorrer aumento do coeficiente de incidência, o que não significa aumento real da incidência. Isso apenas indica que o coeficiente assumido anteriormente situava-se mais distante da realidade do número de casos, e que a partir de então, independentemente da variação da verdadeira incidência, um maior número de indivíduos acometidos foi identificado e tem a oportunidade de ser tratado. Portanto, antes mesmo de executar ações de assistência, o Programa tem como desafio promover condições para a obtenção de informações o mais fidedignas possível da realidade a ser enfrentada. E o aumento da taxa de incidência, no primeiro momento, pode representar maior impacto do Programa, com melhora da qualidade das informações.

A cobertura da implantação das atividades do PCT nos municípios brasileiros, no período de 1998 a 2001, manteve-se em torno de 76%. No tocante à implantação das atividades do Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PCT nas unidades básicas de saúde houve um aumento no período 1998-1999 de 26% para 37% e, em 2002, ainda não temos informações consistentes até o momento para podermos avaliar as metas, porém, acreditamos que a partir da articulação e dos treinamentos realizados dentro do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações de Controle da Tuberculose, haja um aumento do número de unidades implantadas, alterando todo o patamar de índices.

No ano de 2002, os principais resultados foram:

- Capacitação e Desenvolvimento de recursos humanos: foram realizadas 27 oficinas de capacitação pedagógicas de técnicos estaduais para repassar informações de tuberculose e hanseníase nas 27 Unidades Federadas e Distrito Federal com a participação de 373 multiplicadores que repassaram para 4.333 profissionais de nível superior e 22.065 profissionais de nível médio e Agentes Comunitários de Saúde. Participação na realização de teleconferências em parcerias com o Serviço Social do Comércio - SESC Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC e Serviço Nacional

de Aprendizagem do Transporte - SENAT como estratégia de multiplicação e dinamização do PCT. Distribuição para todas as Unidades Básicas de Saúde do País, de material educativo para os profissionais e população. Distribuição para todas as Unidades Básicas de Saúde do País, da Cartilha do Agente Comunitário de Saúde e do Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, cartazes de sala, fichários de mesa, contendo sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento.

- A integração do PCT ao Programa de Saúde da Família é uma estratégia básica para se alcançar uma cobertura necessária para repercutir nos resultados que se espera futuramente no Programa de Controle da Tuberculose; segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, a proporção de Unidade Básica de Saúde - UBS com atividades de controle da tuberculose implantadas passou de 26%, em 1998, para 37%, em 1999, atualmente, apesar de não termos dados suficientes para avaliarmos, acreditamos que encontra-se em franca expansão, resultado de um esforço não apenas para implantar como para melhorar e manter a execução contínua das ações.
- Implantação e implementação da estratégia de tratamento supervisionado - está sendo crescentemente implantada nas Unidades Básicas de Saúde em todos os municípios, especialmente nos prioritários; até 2000 estimava-se entre 7 e 10% essa cobertura e, atualmente, em torno de 26% das unidades executam tratamento supervisionado e, nos municípios prioritários, em torno de 30%. Esta ação é fundamental para um bom desenvolvimento do Programa de Controle da Tuberculose.

.....

A tuberculose ocorre com maior frequência nos grupos humanos com piores condições socioeconômicas; países mais pobres têm mais tuberculose. No mundo, a tuberculose é um grave problema de saúde pública, principalmente na idade mais produtiva da população, destruindo a vida dos cidadãos mais frágeis socialmente. No Brasil, áreas metropolitanas com intensa densidade populacional e condições socioeconômicas desfavoráveis têm apresentado dados mais preocupantes da endemia, observando-se uma importante associação com a Aids, atingindo, portanto, populações diferenciadas também.

## Concepção

A urbanização, com a decorrente aproximação e a convivência prolongada dos indivíduos, tem sido importante fator de multiplicação da tuberculose. No final da década de 1980, com o aparecimento da infecção pelo HIV, este aumento foi um dos fatores que levou a OMS a declarar, em 1993, a tuberculose uma emergência mundial.

Para que um programa de controle da tuberculose e outras pneumopatias reduza efetivamente o problema, produzindo um impacto epidemiológico, é necessário que 70% dos casos pulmonares bacilíferos sejam diagnosticados e que 85% sejam curados pela quimioterapia; caso contrário mantém-se a endemia *Styblo*.

Do ponto de vista do Sistema de Saúde, o processo de descentralização do Programa de Controle da Tuberculose vem ocorrendo com altos e baixos de acordo com a política de saúde vigente. Neste momento, com o Programa Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e com o norteamento da NOAS-2002, espera-se alcançar resultados que confirmem impacto no comportamento da doença no País.

O Programa **Prevenção e Controle da Tuberculose e de Outras Pneumopatias** é uma ação conjunta do Governo Federal, dos governos estaduais e municipais e da sociedade civil, por meio das sociedades científicas, organizações não-governamentais, entre outras, na busca do controle da tuberculose.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- fragilidade da equipe da Área Técnica de Pneumologia Sanitária - ATPS - ampliação e reforço da equipe ATPS/MS;
- pouca mobilização técnica e social - lançamento do Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações de Tuberculose e Hanseníase;
- insuficiente capacitação de pessoal na Tuberculose - capacitação de cerca de cinco mil médicos e enfermeiros e de 22 mil auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para controle da Tuberculose; e
- desarticulação dos serviços básicos e de maior complexidade - integração de ações das Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referência.

O Programa foi bem concebido, embora necessite de alguns ajustes, especialmente no tocante a seus indicadores. Como já foi mencionado, não foi possível acompanhar os coeficientes relativos às doenças do aparelho respiratório de interesse sanitário, pelo fato de ainda não ter sido implantado um Programa sistematizado para monitoramento dessas enfermidades. Deve-se fazer uma reflexão quanto à manutenção desses indicadores caso não seja possível instituir os meios necessários para sua aferição. Outro indicador pode ser incorporado ao Programa trata-se do Índice de Tratamento Supervisionado (*Directly Observed Treatment, Short-course* - DOTS). O DOTS é considerado a mais efetiva estratégia de controle da tuberculose, segue padrões internacionais, com critérios bem definidos, mas deve ser organizado com flexibilidade atendendo às realidades e especificidades regional e local.

A caracterização do público-alvo está conceitualmente adequada, posto que toda a população está exposta ao risco de adoecer. Entretanto, deve haver atenção especial aos 329 municípios considerados prioritários, segundo os critérios epidemiológicos. Ênfase também deve ser dada a grupos em situações específicas, tais como os contactantes dos doentes, indivíduos presos, doentes HIV/Aids, moradores em asilos, desabrigados e alcoolistas.

Em função disso, as ações devem ser integradas com a Atenção Básica, com destaque para o Plano de Ação Conjunta Tuberculose/HIV/Aids e ações relativas ao Sistema de Saúde Prisional.

Além do esperado com as ações acima descritas, estão sendo propostos mutirões de busca ativa de casos da tuberculose.

A estratégia de implementação deve ser aperfeiçoada nos seguintes aspectos:

- devem-se fazer planos de ação com os 329 municípios prioritários pontuando as metas, os prazos e os responsáveis, incluindo-se as ações de tratamento supervisionado e as de mobilização e mutirões para busca de casos;
- estabelecer cronograma de avaliação das ações, de forma regular, com os municípios prioritários e estados para melhorar o acompanhamento do Programa e divulgar seus resultados;
- para melhorar a organização dos trabalhos no âmbito da gerência é necessária capacitação dos novos integrantes da equipe, bem como tornar permanente o acompanhamento técnico e o apoio aos estados, além de informações operacionais e avaliações periódicas e regulares;

- no âmbito das unidades descentralizadas, a organização dos trabalhos teria melhora com supervisões regulares, educação continuada e avaliações periódicas e regulares;
- além da articulação intra-setorial da SPS, especialmente Departamento de Atenção Básica, DST/Aids etc., é necessário intensificar a articulação com a Funasa (CGLAB, Sinan, CRPHF) e com a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (fundamentalmente para a aquisição e distribuição dos tuberculostáticos);
- a forma de articulação com as parcerias também precisa ser aperfeiçoada, principalmente para a sensibilização, mobilização e suporte social aos doentes e suas comunidades;
- a forma de coordenação e acompanhamento dos executores precisa ser aperfeiçoada, tornando permanente o núcleo de apoio aos estados e municípios prioritários para o acompanhamento e sistematização da supervisão nos níveis municipal e estadual e fortalecendo a articulação entre os coordenadores das ações, executores e instituições parceiras;
- o Programa precisa aperfeiçoar a articulação com o Ministério da Educação - MEC (ações educativas) e com o MJ (sistema de saúde prisional);
- o Programa precisa aperfeiçoar a articulação com as confederações patronais (Confederação Nacional do Comércio - CNC, Confederação Nacional dos Trabalhadores - CNT, Confederação Nacional da Indústria - CNI) e com as centrais sindicais e ONGs;
- pela diversidade de formas de parceria, serão necessárias várias formas de repasse, sendo que, para os gestores públicos, dar preferência ao repasse fundo-a-fundo com compromissos de metas e avaliação;
- para ampliar a participação do público-alvo, faz-se necessário o envolvimento de famílias, escolas, igrejas, grupos e associações comunitárias locais para suporte social e sensibilização ao tratamento supervisionado; e
- articulação com estados e municípios: tripartite, bipartite, oficinas e encontros regionais e estaduais para avaliações, repactuações e divulgação.

Os recursos financeiros liberados foram suficientes. O fluxo sofreu descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução programada. O cumprimento da meta física ficou abaixo do previsto. A falta de supervisões dos estados aos municípios e do nível central ao estadual até 2001 podem estar refletindo o não cumprimento das metas que foram propostas. Outra questão que pode ter influenciado nos resultados físicos alcançados é de inconsistência nas informações, que agora estão sendo melhoradas.

## Implementação

Tanto os recursos materiais como a infra-estrutura existente são adequados para a implementação do Programa. O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose deve provocar um aumento no número de unidades, e principalmente uma importante mobilização técnica e social em torno do controle da tuberculose, melhorando a consecução dos resultados.

Este Plano, refletindo a priorização política conferida ao enfrentamento desse agravo, foi lançado pelo Ministério da Saúde e demais gestores, com o apoio da OPAS e outros parceiros, em novembro de 2001, caracterizado pela intensa mobilização de esforços e recursos do Governo e da sociedade. Esse Plano

executa-se com o envolvimento dos gestores de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e outras instituições representativas da sociedade civil, atuando articuladamente em todo o Brasil, mas com ênfase em 329 municípios prioritários, identificados por critérios epidemiológicos onde residem 50% da população e estão concentrados 80% dos casos de tuberculose e hanseníase do País.

Outro importante avanço foi a organização da programação, a distribuição e controle de medicamentos; além de ter sido desenvolvido e implantado um *software* especial e realizada capacitação específica de pessoal, melhorou muito a integração intra-setorial e entre os níveis de gestão.

Algumas regiões apresentam especificidades econômicas e sociais, bem como situação epidemiológica bastante distintas, sendo necessárias integrações diferentes. Por exemplo, na região Norte a integração de ações de tuberculose e hanseníase com as do projeto Vigisus são fundamentais, enquanto nas grandes regiões metropolitanas, a integração de ações para combate à tuberculose com aquelas para HIV/Aids e para o sistema de saúde prisional são essenciais.

É preciso assegurar a melhoria da Vigilância Epidemiológica e do Sistema de Informação. Num exaustivo trabalho da Área Técnica de Pneumologia Sanitária e dos representantes dos Sistemas de Informações em Saúde, principalmente o Sinan (constituindo-se um grupo-tarefa junto ao sistema de informações), problemas persistentes em relação à subnotificação e transferência dos dados por intermédio do Sinan, estão sendo resolvidos com o desenvolvimento de novas versões do Programa. As secretarias estaduais de saúde estão sendo equipadas e seus técnicos treinados para uniformização do sistema; espera-se com esta iniciativa a melhoria da qualidade da informação.

A quantidade de recursos humanos para a implementação do Programa é adequada e está sendo feita capacitação em todos os estados e Unidades Básicas Saúde.

Algumas restrições interferiram no desempenho das ações de maior impacto, como o contingenciamento orçamentário, o atraso na liberação de recursos, o atraso na prestação de contas dos estados e municípios e a prorrogação de convênios antigos, o que impede de renová-los devido ao fato de apresentarem os mesmos objetos. O atraso na liberação de recursos dos convênios e contratos obriga o estado a remanejar e fazer o plano de trabalho retardando a execução do convênio e sua respectiva prestação de contas, isso vai repercutir no cumprimento de metas por parte dos estados, refletindo também nos municípios.

O Programa possui mecanismos de controle social, que se dá por meio de conselhos de saúde e grupos de apoio. O acompanhamento do desempenho é feito por avaliações periódicas nos níveis municipal, estadual e federal, com parceria de universidades.

Há plano de capacitação das equipes locais: educação continuada, envolvendo os pólos de capacitação do Programa Saúde da Família, universidades, centros de referência etc. É necessário acompanhar o processo de capacitação das equipes locais por meio de relatórios supervisões, integração ensino/serviço para fortalecer o controle da tuberculose.

Também é necessário ampliar as pesquisas em tuberculose, epidemiológicas e operacionais e agilizar as já em andamentos.

Entre os fatores que mais contribuíram para a obtenção dos resultados do Programa, estão:

- a prioridade política que o Ministério da Saúde e a SPS deram à tuberculose, em 2001/2002;
- um plano de mobilização e intensificação das ações de tuberculose que articulou os vários componentes técnicos, políticos e sociais necessários ao controle efetivo;
- a visibilidade que tem se dado ao esforço atual do Ministério da Saúde para ações de tuberculose;
- a criação de incentivo financeiro para controle da tuberculose na Atenção Básica;
- a criação no Ministério da Saúde de um núcleo de acompanhamento e apoio técnico aos estados e municípios prioritários; e
- a maior integração intra e intersetorial.

## Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis

**Resultados** Este Programa tem como objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis na população brasileira, mediante a imunização sistemática da população e outras estratégias, como as campanhas de vacinação. Os indicadores adotados para o Plano Plurianual foram a incidência das paralisias flácidas agudas, a manutenção da erradicação do sarampo, o controle do tétano neonatal e da hepatite B na população menor de um ano de idade.

As ações do Programa têm proporcionado resultados positivos de grande impacto para as populações-alvo, como decorrência dos esforços de aperfeiçoamento envidados por todas as instâncias que nele atuam. Com isso, os indicadores apresentaram índices dentro dos resultados esperados, com os seguintes destaques:

- a taxa de notificação de paralisia flácida aguda esteve em 1,0 no ano de 2000, em 1,3 no ano de 2001 e está em 1,2 em 2002 (dado ainda preliminar);
- a incidência de Sarampo foi mantida, sem registro de casos novos, em função do sucesso das ações de imunizações mantidas pelo Programa, junto aos 5.560 municípios brasileiros;
- a incidência de tétano neonatal apresenta uma expressiva redução quando comparados os índices de 2000 (41 casos novos), 2001 (33 casos novos) e 2002 (dezenove casos até setembro), um reflexo das coberturas alcançadas pelas ações de imunização sobre a população-alvo; e
- foram mantidos os índices do triênio para a cobertura vacinal contra a hepatite B com três doses para menor de um ano. Até outubro de 02, a taxa era de 91,64%, sendo esperado 95% neste ano.

O fechamento dos dados de dezembro de 2002 deverá confirmar a marca de aproximadamente 200 milhões de doses de vacinas administradas nas 23 mil salas de vacinação de rotina instaladas em todo País, apoiados por quase 130 mil postos de vacinação ativados em situações de campanha nacional de vacinação. Cabe ainda, destacar as atuações dos 36 Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIEs em todo País, na administração de vacinas que requerem cuidados diferenciados de administração e controle. Este número total de doses de 2002 supera em mais de 6% as 188 milhões de doses administradas em 2001.

A atuação dos 36 CRIEs, das 23 mil salas de vacinação de rotina e dos 130 mil postos de vacinação em situação de campanha nacional, exigem um elenco de estratégias operacionais e de logística de distribuição de vacinas e demais insumos, todas desenvolvidas em estreita relação com 27 estados e os 5.560 municípios brasileiros.

Participam destas estratégias um corpo de profissionais que recebem capacitação permanente específica para a área de imunizações, o que possibilita, por exemplo, a incorporação de novas vacinas no calendário vacinal do País ou a realização de campanhas de vacinação voltadas para públicos específicos, como foi o caso da campanha de vacinação contra a rubéola para as mulheres em idade fértil, iniciada em 2001 e concluída em 2002.

**Gerente:**

**Maria de Lourdes de Sousa Maia**

Um resultado importante dessa política de recursos humanos do Programa foi a realização de 248 eventos de capacitação em todo País, para um público de quase três mil profissionais das salas de vacinação, voltados para o aperfeiçoamento de procedimentos técnicos e de registro de dados. Os eventos são executados nos estados municípios, numa estreita relação de supervisão, assessoramento e normatização pela instância federal.

Essa modalidade permanente de preparação profissional possibilitou a modificação simultânea do calendário vacinal em todo País, bem como a execução coordenada de campanhas nacionais de vacinação, envolvendo a aplicação de complexos protocolos de acompanhamento pós-vacinal em amostragens que envolvem milhares de cidadãos em todo País.

Vinculado ao resultado anterior, deve ser destacada a introdução de uma nova vacina no calendário nacional ocorrida simultaneamente em todo o País, que combina e substitui outras duas vacinas que compunham anteriormente o calendário vacinal. A introdução dessa nova vacina ocorre como uma forma de otimização dos procedimentos e de insumos, reduzindo também os transtornos de deslocamento e os receios quanto à dor e eventos adversos pós-vacinais que a população-alvo da vacina costuma apresentar.

A nova vacina possibilitará a redução na ordem de 10 milhões de seringas e agulhas e todas as demais despesas decorrentes do transporte e armazenagem destes insumos.

Outro resultado capaz de representar a dimensão dos esforços compreendidos nas ações de imunizações para o contexto dos 5.560 municípios brasileiros foi a conclusão, em 2002, da campanha de vacinação contra a rubéola em mulheres em idade fértil em todo País, o que representou a vacinação de mais de 28 milhões de mulheres nessa situação.

Esta ação obedece a um complexo protocolo de atenção pós-vacinal para os casos de mulheres grávidas vacinadas inadvertidamente e de mulheres que engravidaram até 30 dias após a vacinação, exigindo a preparação técnica de todo corpo profissional da área de vacinação.

Assim, para além do esforço articulado entre as instâncias federal, estadual e municipal do Programa para organizar técnica e logisticamente a realização dessa ação, há que se considerar os ganhos epidemiológicos gerais e, intrinsecamente, os ganhos nas condições de saúde dessas mulheres vacinadas e na população de crianças futuramente geradas por esta população protegida contra a rubéola.

Para o ano de 2003 o Programa está organizando e implementando um conjunto de medidas voltadas para alcançar maior homogeneidade nas coberturas vacinais em estados e municípios. O conjunto de medidas planejadas para esse resultado está sendo implementado já neste mês de janeiro, em meio a outras preocupações do Programa, como os processos de aperfeiçoamento do modelo e dos instrumentos de gestão, especialmente no que se refere à redução de perdas de vacinas e a otimização nas operações de distribuição e armazenagem de vacinas e demais insumos.

O Programa pretende, ainda em 2003, aprimorar a participação social na pactuação das metas de cobertura vacinal e no acompanhamento dos resultados das ações de vacinação, por meio do maior envolvimento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, bem como por meio das estratégias de promoção da saúde para possibilitar à sociedade, um maior entendimento sobre os benefícios das vacinas para a saúde individual e coletiva.

Cabe o destaque de que, desde a criação, o Programa tem incorporado os avanços alcançados na produção de imunobiológicos, observando os mesmos avanços nos itens embalagem e acondicionamento, o que tem facilitado a distribuição das vacinas e contribuído para o alcance das metas de cobertura.

O alcance da homogeneidade nas coberturas vacinais representa um avanço e uma necessidade para a manutenção do êxito e do grau de aprovação alcançado pelo Programa. Para manter essa avaliação positiva e, especialmente, para cumprir a missão de contribuir para a boa qualidade da saúde pública no Brasil, será necessário um salto qualitativo nos instrumentos de registro, controle, avaliação e distribuição das informações geradas pelas ações de imunização, possibilitando a compreensão dos fatores que definem as diferenças nos resultados de cobertura vacinal e dos processos que levarão ao alcance gradual da homogeneidade.

**Concepção** O Programa foi concebido para atuar na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis da população brasileira e está diante de um novo compromisso: promover o envolvimento dessa população, na forma de controle social das ações do Programa.

Isso importa na criação das condições para que a população possa ter acesso e compreensão sobre as necessidades e medidas de prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, o que está sendo entendido como uma exigência de aperfeiçoamento nos instrumentos que realizam a administração e a divulgação das informações do Programa.

O aperfeiçoamento em questão será promovido pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações na Fundação Nacional de Saúde - Funasa, em Brasília, e implementado em parceria com os setores de informática e informações da Funasa e do Departamento de Informática do SUS - Datasus.

Os principais avanços serão disponibilizados às equipes estaduais e municipais atuantes no Programa, que têm as funções de geração e consolidação das informações referentes à execução das medidas de imunização da população.

As ações voltadas para a avaliação do Programa continuarão envolvendo todos os níveis de controle (federal, estadual e municipal) e pretendem o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão e controle das ações de imunização sistemática da população, o que implica avanços nas formas de registro, controle, avaliação e distribuição das informações do Programa, por meio de processos informatizados.

A partir do aperfeiçoamento dos mecanismos de participação do público-alvo (entendendo o público-alvo como a população geral e não como as populações específicas de cada imunobiológico), o que se espera é a qualificação da participação da população nos conselhos de saúde, espaços consagrados pelo SUS para o controle social no setor saúde.

Os aperfeiçoamentos acima descritos fazem parte do processo de evolução do Programa, não representando uma ação corretiva sobre qualquer estratégia específica do Programa no PPA 2000-2003. Conclui-se, portanto, que a concepção do Programa está adequada.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- Morbidades e mortalidade da população brasileira, por doenças imunopreveníveis - imunização sistemática da população, perseguindo coberturas homogêneas em todos os municípios do País, para controle/erradicação das doenças imunopreveníveis.
- Desafios operacionais nas ações de imunização, decorrentes da dimensão continental, características climáticas, diversidade cultural e disparidades sociais no País - estruturação e manutenção de programas de imunização sistemática da população, com ações descentralizadas e aperfeiçoamento contínuo dos recursos humanos, dos insumos e dos instrumentos de controle dos programas, além de sistemas de vigilância epidemiológica ativos.

Os recursos financeiros liberados foram suficientes, e a liberação ocorreu ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação, permitindo que o cumprimento das metas físicas ficasse dentro do previsto.

## Implementação

A execução do Programa vem ocorrendo de forma descentralizada, em ações que alcançam os 5.560 municípios brasileiros.

O Programa adota como forma de acompanhamento do desempenho físico das ações executadas de forma descentralizada, o número de doses utilizadas, diante das doses distribuídas na unidade (estadual ou municipal). Isso requer um registro de acompanhamento da distribuição e utilização das doses de imunobiológicos, processo que está recebendo um expressivo aperfeiçoamento no que se refere à qualidade da informação registrada e ao sistema informatizado para esse registro. As dificuldades para esse aperfeiçoamento residem na necessidade de um aporte de tecnologia que possa cobrir as demandas de processamento e distribuição das informações das doses distribuídas e doses utilizadas.

Por questões operacionais, as aquisições de imunobiológicos ocorrem de forma centralizada pelo Programa, o que é justificado pelo volume de compra e pelo fato de que a maior parcela é de procedência internacional, com protocolos já definidos de produção, apresentação e embalagem padronizadas para o País.

As ações de ampliação do Programa têm fortalecido a parceria com os estados e municípios e vêm sendo aperfeiçoadas com a utilização das seguintes estratégias:

- treinamento para capacitação técnica dos profissionais dos estados e municípios nas áreas de planejamento, distribuição e utilização de imunobiológicos;
- criação de 36 Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais em regiões estratégicas do País, permitindo a utilização programada e controlada de imunobiológicos voltados para situações de maior relevância epidemiológica; e
- ampliação e melhoramento da rede de frio, com a construção de câmeras frigoríficas, modernização dos equipamentos, capacitação técnica e oferta de suporte para administração.

No entanto, a infra-estrutura de armazenamento, ou seja, a rede de frio que atende ao Programa em cada um dos 27 estados, ainda necessita de adequação para favorecer uma logística mais resolutiva de distribuição das vacinas no País, além de evitar perdas de vacinas provocadas por falha em equipamentos, por vezes, não dimensionados, ou não adequados às exigências dos padrões de conservação e segurança das vacinas. Também há carência quanto à infra-estrutura do Programa para atendimento das regiões de difícil acesso, em função da distância ou da falta de condições básicas de funcionamento do Programa, como aldeias indígenas e municípios cujo acesso somente pode ocorrer em missões aéreas.

- Avaliação sistemática dos índices de cobertura vacinal nos 5.560 municípios brasileiros, com acompanhamento do Ministério Público, no incentivo aos municípios para avaliação das dificuldades locais que interferiram negativamente no alcance das metas de coberturas pactuadas.

Além do que foi orçado no Programa, foram desenvolvidas campanhas específicas de vacinação do idoso, pólio, rubéola e tétano neonatal. Os recursos financeiros partiram de crédito orçamentário e repasse fundo a fundo aos estados, na ordem de R\$ 25,2 milhões.

Dentre os fatores de maior impacto nos resultados obtidos pelo Programa, pode-se destacar o fortalecimento da descentralização no planejamento e execução de suas ações e estratégias, que faz com que sejam considerados aspectos como:

- a capacidade de aquisição e de distribuição de imunobiológicos para atendimento oportuno e descentralizado das demandas de imunizações;
- a permanente normatização técnica pertinente aos procedimentos de vacinação;
- a ampliação e adequação da rede de frio para armazenamento e distribuição de imunobiológicos;
- a capacitação continuada dos técnicos das salas de vacinação e dos centros de referência de imunobiológicos especiais; e
- o permanente aperfeiçoamento dos processos de registro e análise das informações do Programa.

Cabe destacar que o Programa vem estruturando seus processos de capacitação envolvendo estados e municípios nas ações de imunização. Embora não estejam ainda totalizados os números de 2002, a meta é de superação dos eventos e do público atingidos nas ações de capacitações realizadas em 2001, ou seja:

- em salas de vacinação: 324 eventos para 4.726 profissionais;
- em Eventos Adversos Pós-Vacinais: 153 eventos para 1.074 profissionais;
- em Rede de Frio: 80 eventos para 721 profissionais;
- em Sistemas de Informação: 331 eventos para 1.390 profissionais;
- em imunobiológico (BCG): 114 eventos para 517 profissionais; e
- supervisões de capacitação realizadas pelas equipes estaduais do Programa: 6.072 eventos.

Ainda assim, deve ser mencionado que a quantidade de recursos humanos na equipe gerencial é inadequada e, nas equipes locais, o problema de quantidade de recursos humanos é ainda mais sentida. A prática na gestão municipal tem revelado que os gestores ainda não têm uma percepção adequada das necessidades de contingente de recursos humanos para as ações de vacinação, gerando uma sobrecarga para as equipes subdimensionadas e comprometendo a qualidade no que diz respeito aos procedimentos de administração de vacinas, no controle de qualidade da armazenagem das vacinas e na qualidade dos registros de informações sobre os procedimentos realizados.

O alto índice de rotatividade dos profissionais de vacinação nos municípios tem gerado um trabalho descomunal para formação dos profissionais que ingressam nas equipes de vacinação sem preparo na área. Para atender a essa demanda, o Programa mantém uma estratégia de ação continuada de formação de

profissionais ligados às salas de vacinação, à rede de frio e aos sistemas de informações que orientam o Programa.

Por outro lado, a aquisição e distribuição de imunobiológicos é a atividade de maior impacto nas metas do Programa. No caso desta atividade, houve um impacto significativo da variação cambial ocorrida em 2002 sobre os quantitativos destes insumos que são procedentes do exterior. A situação exigiu uma complementação financeira, que foi obtida a tempo de não prejudicar as metas do Programa.

As dificuldades geradas pelas especificações técnicas nos veículos adaptados às necessidades de refrigeração das vacinas fizeram com que não fosse possível a aquisição dos veículos no tempo que antecedeu ao período eleitoral, obrigando o cancelamento dessa aquisição em 2002.

O Programa utiliza a capacidade de produção do laboratório BioManguinhos da Fundação Oswaldo Cruz na fabricação de vacinas no País. Embora a previsão inicial para 2002 fosse da ordem de 180 milhões de doses produzidas nesse laboratório, o ano de 2002 fechou com 68,5 milhões de doses de vacinas destinadas ao Programa de **Prevenção e Controle de Doenças Imunopreveníveis**. Concorreram para este desempenho físico fatores como a adequação de frascos de apresentação das vacinas e da Rede de Frio para armazenagem, o que possibilitou uma forte redução nos estoques de reserva técnica e nas perdas de doses por abertura de frasco e por validade. Também contribuiu para essa posição desfavorável no desempenho físico dessa meta, o fato de que as 180 milhões de doses foram originalmente previstas na época da concepção desse PPA, não tendo sido ajustada para a realidade atual de demanda pela produção nacional de vacinas.

Mecanismos de participação da sociedade: por princípio, o Programa contempla todos os espaços orientados para a participação da sociedade no SUS, ou seja, o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde, além das Conferências de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais). Estes são espaços já consagrados pelas Leis Orgânicas da Saúde e amparados pela Constituição Federal.

Para fortalecimento desses espaços de participação e controle social, o Programa tem intensificado esforços no sentido de ampliar o acesso às informações referentes ao conjunto de ações de imunização da população, na intenção de promover um engajamento qualificado da população nas definições e acompanhamento das ações de prevenção e controle das doenças imunopreveníveis.

Embora o Programa não conte com mecanismos específicos e sistematizados de pesquisa de avaliação de satisfação dos usuários, os resultados epidemiológicos obtidos no controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis têm conferido avaliações altamente positivas por parte dos gestores e profissionais da saúde, inclusive com premiações nacionais e internacionais.

O usuário/beneficiário do Programa compreende toda a população brasileira, sendo que as especificidades ocorrem a cada imunobiológico contemplado no Programa.

Qualquer avaliação de satisfação deverá, obrigatoriamente, orientar-se pelos indicadores epidemiológicos do Programa. Tais indicadores são sistematicamente acompanhados pelo Programa, embora não tenham sido ainda metodologicamente adaptados para uma pesquisa de satisfação de usuários/beneficiários.

## Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares

**Resultados** O Programa tem por objetivo reduzir a ocorrência das infecções hospitalares.

De uma forma geral, o Programa vem se desenvolvendo dentro do previsto, com execução de seu cronograma físico e financeiro no tempo determinado.

Dentre as principais realizações do triênio 2000-2002, destacam-se:

- o treinamento e capacitação de recursos humanos,
- a elaboração e divulgação de normas técnicas, roteiro de inspeção das unidades de saúde, confecção de materiais audiovisuais para utilização da comunidade científica e usuários do sistema de saúde;
- a pesquisa nacional realizada (produto do convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) permitiu conhecer a situação das comissões de controle de infecção nas distintas esferas de competência de Governo e trará conhecimento sobre uma amostra representativa dos serviços de saúde. Em maio de 2002, foi apresentada a análise parcial dos resultados, abrangendo 35% dos hospitais do País. No momento, foram coletados dados de 3.947 hospitais, correspondendo a 58,40% do total do País, sendo encerrada a etapa da coleta;
- desenvolvimento de um sistema de informação para controle de infecção hospitalar, subdividido em duas partes - uma a ser utilizada no hospital para o cálculo dos indicadores e produção de relatórios e outra para a exportação das informações, via internet ou via disquete, para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O *software* desenvolvido para os serviços de saúde informarem suas taxas de infecção permitirá o conhecimento e o monitoramento destes índices em todo País. Sua aplicação piloto (100 unidades) ocorreu com sucesso em hospitais sentinela, nas Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar - CECIHs e nas associações de profissionais de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares - CCIHs dos estados. Atualmente o processo encontra-se em fase de análise e incorporação das alterações sugeridas na fase de teste, para posterior lançamento nacional;
- a implantação de Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar nos 27 estados. Foram formadas equipes estaduais em todos os estados com a proposta de manterem programas de atualização técnico-científico contínua, promovendo espaços privilegiados de atualização dos profissionais de saúde, em especial os que trabalham com controle de infecção. Em 2002, foram disponibilizados e estimulados treinamentos para os componentes das CECIHs de todos os estados.

A partir de 2002, o Programa de controle de infecções hospitalares intensificou as interações com outros órgãos e setores do próprio Ministério da Saúde (Cenepi/Funasa, Departamento de Ciência & Tecnologia do Ministério da Saúde), além de universidades, associações e sociedades específicas. Seguindo-se a fase de estruturação das comissões estaduais, a ênfase, neste ano, foi a capacitação e o treinamento dos profissionais. Destaque-se também a finalização da versão 1.0 do sistema informação em controle de infecção hospitalar. Na ação de estudos e pesquisas, ressalte-se a finalização dos estudos 1 e 3 dos dados da Pesquisa Nacional (convênio FSP-USP). A

Gerente:

Lucila Pedroso da Cruz

ação de promoção de eventos técnicos superou as expectativas com a realização de dezoito eventos, além da publicação de artigos em revista especializada e apresentação de trabalhos em congressos.

Finalmente, para 2003 pretende-se a adoção do ensino a distância e cursos de especialização nos estados, em parceria com as universidades e sociedades específicas, visto que foi verificada a necessidade de avançar para treinamentos com conteúdo mais aprofundado e com público menor por evento com abrangência para o País todo.

.....

As infecções relacionadas à assistência são um problema de saúde pública mundial, responsáveis pelo aumento da morbimortalidade e dos custos assistenciais. A implantação de um programa de controle das infecções em serviços da saúde é justificada pela comprovação da possibilidade de redução da frequência e gravidade desses eventos, com a adoção de medidas de prevenção desenvolvidas deliberada e sistematicamente.

## Concepção

O Programa tem dado ênfase nas ações de capacitação por entender que a qualificação dos profissionais de saúde é um elemento chave para a redução da incidência e gravidade das infecções em serviços de saúde.

Importante destacar outros produtos desenvolvidos a partir dos recursos do PPA 2000-2003:

- a promoção de espaços privilegiados de atualização dos profissionais de saúde, em especial os que trabalham com controle de infecção;
- a realização de 36 eventos técnicos e capacitações;
- a publicação de dois artigos em revista especializada, além do apoio integral aos quatro números da Revista de Administração em Saúde no ano de 2002; e
- apresentação de trabalhos em congressos da área de saúde.

Para melhorar a concepção do Programa, foram solicitadas as seguintes alterações:

- exclusão de duas ações (já realizadas) - Acreditação de Laboratórios quanto ao Controle das Infecções Hospitalares e Acreditação de Hospitais quanto ao Controle das Infecções Hospitalares. Essa solicitação se justifica uma vez que não há acreditação de laboratórios e nem de hospitais em infecção hospitalar. Acreditação é um processo abrangente que envolve todas as unidades dos serviços de saúde e contempla as diversas exposições ao risco e não somente o risco de infecção hospitalar;
- inclusão de duas ações, Capacitação de Profissionais de Saúde em Controle de Infecções Hospitalares (já realizada) e Elaboração de Publicações e Divulgação de Informações Referentes ao Controle das Infecções Hospitalares (proposta ainda não foi aceita); e
- inadequação dos indicadores inicialmente propostos (taxa de infecção hospitalar e taxa de pacientes com infecção hospitalar), uma vez que o conjunto de hospitais nacionais é extremamente heterogêneo, no que diz respeito a porte, complexidade, área física, dentre outras características. Além disso, os critérios utilizados para o diagnóstico das infecções não são unificados. A utilização desses indicadores só tem sentido quando se comparam situações semelhantes (hospitais de mesma complexidade, por exemplo), considerando a caracterização da população assistida, com critérios bem definidos e adotados por todos.

Foi proposta a modificação do indicador para taxa de infecção hospitalar em hospitais sentinelas (hospitais universitários selecionados para o projeto de implantação dos centros de vigilância sanitária hospitalar da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa), sendo a fórmula de cálculo a relação entre o número de episódios de infecção hospitalar no hospital sentinela num período determinado e o total de saídas (altas, óbitos e transferências) para o mesmo período.

Como aspecto da estratégia de implementação que necessita ser aperfeiçoado, destaca-se:

- Forma de articulação com as parcerias: a partir de 2002, o Programa de controle de infecções hospitalares intensificou as interações com outros órgãos e setores do próprio Ministério da Saúde (Cenepi/Funasa, Departamento de C&T do Ministério da Saúde), além de universidades, associações e sociedades profissionais. Esta estratégia está sendo incrementada uma vez que todas as ações do Programa são realizadas em parceria e que o controle de infecção é uma área multidisciplinar.
- Destaca-se o fortalecimento das parcerias como uma das estratégias que mais contribuiu para o alcance dos resultados do Programa, permitindo maior interação entre a Anvisa e os estados, universidade, associações profissionais.

## Implementação

No período 2000-2001, a execução financeira do Programa alcançou o patamar de R\$ 2,5 milhões, representando 38% do valor previsto para a vigência do Plano. Para o exercício financeiro de 2002, as dotações aprovadas no montante de R\$ 1,8 milhão representam 27% do valor previsto originalmente no Plano.

No exercício financeiro de 2002, a alocação dos recursos financeiros ao Programa **Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares** foi adequada às reais necessidades de execução, e em fluxo de liberação compatível com a programação, não obstante as limitações para empenho, movimentação e pagamento impostas pelo Decreto nº 4.120/2002 e a antecipação do encerramento do exercício financeiro pelo Decreto 4.479/2002 em função da transição governamental, fatores que inviabilizaram a realização de algumas despesas e a utilização de 100% das dotações aprovadas. Apesar de tais limitações o Programa **Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares** teve execução de R\$ 1,5 milhão ou 86% da dotação aprovada para o exercício no valor de R\$ 1,7 milhão, conforme dados do Siafi-Gerencial.

Avaliando sob o ponto de vista do PPA, no período 2000-2002, foram executados no âmbito do Programa, cerca de R\$ 3,9 milhões ou 61% do valor originalmente aprovado no plano (R\$ 6,5 milhões - valor não corrigido) e 66% do seu valor corrigido (R\$ 5,9 milhões), resultando, assim, em ótimo nível de aporte de recursos financeiros ao longo dos três últimos anos. As ações técnicas são descentralizadas, no entanto não existe repasse de recursos financeiros. O recurso para o desenvolvimento do Programa é centralizado.

Seguindo-se a fase de estruturação das comissões estaduais, a ênfase, em 2002, foi a capacitação e o treinamento dos profissionais. Foram disponibilizados e estimulados treinamentos para os componentes das CECIHs de todos os estados. Os esforços de capacitação realizados pela Anvisa têm contribuído para melhorar a qualificação dos profissionais envolvidos com a prevenção e controle das infecções hospitalares, tanto os profissionais das CECIHs quanto os das vigilâncias sanitárias estadual e municipal.

A implantação do Programa, por vezes, também é limitada pela precariedade de recursos materiais das vigilâncias estaduais e municipais. O ano de 2002 foi marcado pelo repasse regular de recursos da Anvisa para as vigilâncias sanitárias estaduais por meio do Termo de Ajuste e Metas com o objetivo, entre outros (cita-se acima a qualificação dos recursos humanos), de melhorar a estrutura de recursos materiais existente. A coordenação do Programa possui recursos materiais suficientes e infra-estrutura adequada para execução das ações do Programa, observando as competências do âmbito federal.

Sobre conseqüências de alterações incluídas pela lei orçamentária de 2002 no desempenho do Programa, há que se ressaltar que a inclusão da ação Capacitação de Profissionais de Saúde em Controle de Infecções Hospitalares (conforme solicitado) foi de fundamental importância no desenvolvimento do Programa, visto que alocou recursos para uma atividade básica relativa à qualificação dos técnicos de vigilância sanitária e profissionais que trabalham em serviços de saúde. Houve também solicitação de alterações para indicadores que, até o momento, não foram concretizadas.

Não houve restrições que interferiram no desempenho das ações. Não houve interferência dos processos de contratos e convênios na implementação do Programa. O desempenho físico das ações com recursos descentralizados manteve-se dentro do previsto.

Considerando que a acreditação de serviços de saúde é um processo amplo, foi celebrado um convênio com a Organização Nacional de Acreditação - ONA. O objeto do convênio trata do apoio às ações de vigilância sanitária estadual e municipal. Duas vertentes serão trabalhadas:

- capacitação de profissionais (incluindo técnicos de vigilâncias sanitárias), visando sua inserção nas ações de melhoria de qualidade dos serviços de saúde; e
- atualização/elaboração de instrumentos utilizados como ferramentas nas atividades da Acreditação e que podem subsidiar as inspeções de vigilância sanitária.

É importante salientar que existem atividades previstas para a readequação dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública - Lacen mediante o repasse de recursos da Anvisa para as VISAs estaduais, por meio dos termos de ajuste assinados entre os estados e a Agência, com metas definidas e acompanhamento do cumprimento destas metas. O resultado esperado é bastante abrangente, pois remete a instituição a um Programa de gerenciamento da qualidade. Vale ressaltar que o foco dessa ação não é a Acreditação de Laboratórios, mas a reestruturação desses serviços, visando o incremento de sua capacidade operacional com a finalidade de subsidiar as ações de vigilância sanitária.

O público-alvo do Programa de **Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares** encontra-se distribuído em diferentes níveis de execução e utilização, a saber técnicos de Secretarias de Saúde e das Comissões de Controle de Infecções Hospitalares Estaduais, Municipais e do Distrito Federal; profissionais de estabelecimentos assistenciais de saúde e usuários do sistema de saúde.

Não foi elaborada nenhuma pesquisa que medisse a satisfação do público-alvo. Entretanto, a implantação de 27 Comissões Estaduais de Controle de Infecção Hospitalar e a participação em treinamento de aproximadamente cinco mil técnicos demonstram a sensibilização ao tema objeto do Programa pelos gestores e profissionais envolvidos. Pode-se considerar este resultado como uma avaliação positiva às ações desenvolvidas pelo nível federal em parceria com os demais integrantes do sistema.

Ainda, em 2002, paralelamente ao VIII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, foi realizado o fórum sobre o Modelo Brasileiro de Controle das Infecções Hospitalares, com a participação de profissionais do controle de infecção. Nessa oportunidade, foram encaminhadas aproximadamente trezentas sugestões e contribuições para a revisão do Modelo Brasileiro de Controle das Infecções Hospitalares.

Em 2003, será priorizada a discussão, num fórum ampliado, sobre as necessidades de mudanças e suas formas de implantação para a melhoria do Modelo Brasileiro de Controle das Infecções Hospitalares. Utilizaremos, para tal, os resultados dos estudos e pesquisas desenvolvidos, as contribuições encaminhadas por ocasião do fórum e as que chegam sistematicamente por *e-mail*.

Outro mecanismo de participação de nosso público-alvo no Programa é feita por meio das associações dos profissionais de controle das infecções, CECIHs, de e-mails diretamente enviados à UCISA/Anvisa (no mínimo 20 e-mails diários sobre o tema), ouvidoria e também pela página da internet. Na maioria dos estados, a sociedade civil organizada participa das CECIH, estando representadas, nestes fóruns, entidades como: Conselhos e Associações Profissionais, Ministério Público, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems e Procon. A Anvisa tem trabalhado no sentido de sensibilizar a população no que diz respeito às condutas que os usuários de serviços de saúde devem tomar para minimizar os riscos de infecção hospitalar.

Os encontros de sensibilização e conhecimentos básicos, realizados de 2000 a 2002, foram importantes e cumpriram sua função. Neste instante, verificamos a necessidade de avançar para treinamentos com conteúdo mais aprofundado e com público menor por evento com abrangência para o País todo. Uma das soluções para avançar será a adoção do ensino a distância e cursos de especialização em todos os estados, em parceria com as Universidades, o que impactará diretamente na proposta orçamentária de 2003 e para o próximo PPA 2004-2007. No período de 2000 a 2002, a equipe gerencial responsável pela implementação do Programa no âmbito federal participou de várias atividades de capacitação. Essas atividades referem-se a cursos específicos na área de controle de infecções e também na área de desenvolvimento gerencial. Entre os cursos relacionados diretamente com o tema, destacam-se: esterilização e resíduos em saúde, biossegurança e epidemiologia. Além de envio de técnicos para participação de atividades de capacitação no exterior, tais como: Encontro Internacional da Prática e Ciência em Esterilização; Treinamento Avançado em Controle de Infecção do *Center for Diseases Control and Prevention (CDC)/Society of Healthcare Epidemiology of America (SHEA)/European Society of Clinical of Microbiology and Infectious Disease (ESCMID)* e a 4ª Conferência Decenal do CDC. Na área de desenvolvimento gerencial, destacamos o curso Gerenciando para Resultados, realizado pela Fundação de Desenvolvimento Gerencial e financiado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

## Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores

### Resultados

O objetivo do Programa é reduzir a morbimortalidade por cólera, peste, tracoma, filariose, oncocercose, raiva, leptospirose, leishmaniose, doença de Chagas e esquistossomose. A partir de 2002, foi incluído no escopo do Programa o combate à malária e à dengue, que deixaram de ter programas próprios. Portanto, a redução da incidência desses agravos passou a ser parte do objetivo deste Programa.

O Programa possui vários indicadores, dado o fato de que são várias as doenças focalizadas: taxa de letalidade por calazar (leishmaniose visceral); taxa de prevalência de exames positivos de esquistossomose; coeficiente de incidência de cólera; casos de raiva humana transmitida por animal doméstico; taxa de cobertura vacinal canina; e taxa de prevalência da doença de Chagas na população de sete a quatorze anos de idade.

Dos indicadores estabelecidos, alguns evoluíram favoravelmente, como o coeficiente de incidência da cólera, que foi totalmente controlada, saindo de 0,43 por 100 mil habitantes em 2000, para sete casos confirmados em 2001 e nenhum caso em 2002.

A soropositividade para a doença de Chagas em inquérito sorológico em grupos etários definidos, demonstra a efetividade das medidas de controle implementadas, reduzindo significativamente a transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil, passando de 0,12% em 2000, para 0,01% em 2002, com apenas um caso confirmado em 10.537 amostras processadas, todas do grupo etário de zero a cinco anos.

Em função da obtenção de coberturas vacinais caninas satisfatórias (acima de 80%), observa-se uma redução no número de casos de raiva humana transmitida por animais domésticos, passando de 25 casos em 2000 para seis casos em 2002.

A taxa de prevalência (exames positivos) em esquistossomose reduziu-se de 5,95% em 2001 para 5,5% em 2002. Pela amplitude da área endêmica de esquistossomose no País, não é esperada uma queda drástica da prevalência em curto espaço de tempo, uma vez que o controle da esquistossomose também depende de ações de abastecimento de água e sistemas de esgotamento sanitário, demandando uma expressiva soma de recursos para investimento.

A taxa de letalidade por calazar reduziu-se de 5,7% em 2001 para 4,4% em 2002 (dados parciais, uma vez que o número de óbitos depende do fechamento do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM), refletindo os resultados de um grande esforço realizado no sentido da capacitação dos médicos que atuam no Sistema Único de Saúde, para o diagnóstico e tratamento adequados dos pacientes com calazar.

Os resultados estão dentro do esperado, uma vez que grande parte dos indicadores do Programa atingiram os valores estabelecidos para o final do PPA, como o coeficiente de incidência de cólera, a taxa de prevalência da doença de Chagas na população de zero a cinco anos de idade e a taxa de cobertura vacinal canina. O inquérito de soroprevalência da doença de Chagas passou a ser realizado na população de zero a cinco anos de idade pelo fato de essa faixa etária refletir melhor o impacto das ações de controle vetorial implementadas. Os indicadores taxa de prevalência de exames positivos de esquistossomose, casos de raiva humana transmitidos por animais domésticos e taxa de mortalidade por calazar ainda não atingiram os

**Gerente:**

**Fabiano Geraldo Pimenta Júnior**

índices estabelecidos para o final do PPA, estando a Funasa adotando providências no sentido da intensificação das ações de controle, para a obtenção dos indicadores propostos. No que se refere aos casos de raiva humana transmitida por animais domésticos, será realizada uma campanha de intensificação vacinal em treze estados brasileiros. Quanto à letalidade por calazar, a Funasa continua promovendo capacitações para os médicos da rede de saúde, principalmente nas áreas onde a introdução de doença é recente e os profissionais necessitam de maiores informações quanto ao diagnóstico e o tratamento dos doentes.

A obtenção da certificação de interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas por *Triatoma infestans*, principal vetor domiciliado da doença, nos estados do Piauí e Tocantins, como resultado da intensificação das ações de controle vetorial. Dos treze estados brasileiros que apresentavam focos residuais deste vetor, apenas três (BA, PR e RS) ainda permanecem nessa situação, estando sendo mantidos entendimentos com as respectivas secretarias estaduais de saúde, para a implementação das atividades tecnicamente indicadas, no sentido que os mesmos também alcancem o objetivo proposto.

Os principais resultados esperados para 2003 são:

- manutenção da ocorrência da cólera em número inferior a dez casos;
- obtenção da interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas por *Triatoma infestans* nos estados do Paraná e Rio Grande do Sul; e
- redução da taxa de letalidade por calazar para níveis inferiores a 3%.

No que concerne ao controle da doença de Chagas, os estados de MG, RJ, SP, PE, MS, MT, PB, GO foram avaliados por Comitê de Especialistas da Organização Panamericana de Saúde, que comprovaram a interrupção da transmissão vetorial por *Triatoma infestans*, principal vetor domiciliado da doença. Os estados do Piauí e Tocantins serão avaliados período de 28 de outubro a 1 de novembro e preenchem os pré-requisitos para serem certificados quanto à transmissão vetorial da doença de Chagas por *T. infestans*.

O controle da transmissão da cólera é fato importante a ser registrado, demonstrando a eficácia da vigilância epidemiológica no sentido da detecção precoce dos casos e a imediata implementação das medidas de controle.

A intensificação da vacinação canina, principalmente em estados como Maranhão e Rondônia, que concentraram grande parte dos casos humanos nos últimos anos, está permitindo a redução sustentada dos casos de raiva humana transmitida por animais domésticos.

Uma dificuldade geral refere-se à obtenção de dados quanto à execução das ações de controle e combate aos vetores, devido ao fato de a grande maioria das ações ser executada diretamente pelos municípios e os mesmos não alimentarem os sistemas de informação oportunamente.

---

## Concepção

As doenças transmitidas por vetores ainda se constituem em importante problema de saúde pública no País, apesar dos inegáveis avanços obtidos no seu controle. A dengue constitui-se em um dos maiores problemas de saúde pública do mundo e no Brasil já foram confirmados casos autóctones em 25 estados da Federação.

A malária é um problema importante na Amazônia Legal, onde se concentram cerca de 99,7% dos casos notificados do País. A grande mudança nos padrões da população brasileira, que há cerca de quarenta anos era predominantemente rural e hoje concentra-se no ambiente urbano, favorece a ocorrência e a urbanização de agravos como dengue, leishmaniose visceral, malária, esquistossomose, entre outras.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- urbanização desordenada - fixar a população no campo e nas cidades de pequeno e médio porte;
- baixa cobertura dos sistemas de esgotamento sanitário - viabilização de sistemas de esgotamento sanitário;
- coleta inadequada de resíduos sólidos - aumento da cobertura da coleta de resíduos sólidos; e
- desmatamento e exploração predatória do ambiente - ordenar e sistematizar os projetos de exploração econômica de áreas ainda preservadas.

Um dos aspectos do Programa a ser melhorado é a definição do público-alvo, deverá ser toda a população brasileira, uma vez que, em função do elenco de agravos que o Programa contempla, direta ou indiretamente, toda a população é beneficiada.

Outro aspecto é a inclusão das ações relativas ao controle da malária e da dengue, assim como as metas físicas referentes, uma vez que esses agravos foram absorvidos pelo Programa.

Em relação à estratégia de implementação, alguns pontos necessitam de aperfeiçoamento:

- a avaliação tem sido feita por intermédio do cumprimento das metas da Programação Pactuada e Integrada da área de Epidemiologia e Controle de Doenças. Não existe avaliação da estruturação que está sendo obtida junto aos municípios;
- a estrutura administrativa das secretarias estaduais e municipais de saúde é muito morosa, acarretando prejuízos na execução das ações; e
- embora existam os conselhos estaduais e municipais de saúde, as discussões relativas à área assistencial ocupam toda a agenda, restando pouco espaço para a discussão das ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores.

Ainda sobre a estratégia de implementação, é importante ressaltar que o principal aspecto contribuinte para a obtenção dos resultados do Programa foi a definição das responsabilidades de cada nível de Governo e a definição do financiamento preponderantemente pela modalidade fundo a fundo.

.....  
Os recursos financeiros liberados foram suficientes e tiveram, ao longo do exercício, um fluxo compatível com a programação. O cumprimento de metas físicas situou-se dentro do previsto.

## Implementação

Quase todas as ações são executadas com recursos transferidos na modalidade fundo a fundo, repassados mensalmente para os fundos estaduais e municipais de saúde, por intermédio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, o que garante a sustentabilidade e a continuidade das ações de controle.

A maioria das ações de controle está inserida na programação pactuada e integrada da área de epidemiologia e controle de doenças - PPI-ECD, que os estados e municípios elaboram anualmente, a partir de parâmetros e metas estabelecidos pela Funasa. Foi instituído um sistema informatizado para o acompanhamento da execução da PPI-ECD junto aos estados. No que se refere

ao monitoramento, a maior dificuldade se dá em função do atraso por parte dos municípios e estados, no que concerne à alimentação dos sistemas de informação, quanto às ações de controle executadas e a ocorrência dos agravos.

Os recursos para a realização das ações de drenagem para o controle da malária e melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas são insuficientes para o atendimento das necessidades. A medida adotada para suprir essa lacuna é o estabelecimento de prioridades epidemiológicas, por intermédio de portaria do Presidente da Funasa (Portaria 01/2002). O mesmo se aplica aos recursos destinados à construção e modernização de centros de controle de zoonoses.

No âmbito da Funasa, foi realizado significativo esforço de capacitação da equipe gerencial, estabelecendo entre o Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional estreita relação com a gerência do Programa. Esse esforço de integração permitiu a viabilização de aspectos fundamentais para o Programa, traduzindo-se, na prática, na elaboração de sistema informatizado para o acompanhamento da execução das atividades, a revisão e discussão conjunta dos indicadores, a viabilidade do alcance das metas, a readequação do Programa, entre outras.

Um passo importante que pode ser dado no sentido do aperfeiçoamento das gerências seria um estabelecimento de um cronograma trimestral de avaliação, em conjunto com os gerentes de outros programas da mesma instituição.

Apesar da realização pela Funasa de uma série de eventos junto aos gestores e técnicos dos níveis estadual e municipal, principalmente para capacitação e avaliação, ainda persistem dúvidas quanto às possibilidades de aplicação dos recursos transferidos por intermédio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECED e suas implicações com a legislação vigente, principalmente a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em função dessa lacuna e da morosidade administrativa nesses níveis, o grau de aplicação dos recursos transferidos é relativamente baixo.

Todas as decisões relativas ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças devem ser aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite de cada unidade federada.

Como já citado anteriormente, principalmente pela pouca agilidade na aplicação dos recursos recebidos, muitas vezes o cumprimento das metas estabelecidas na Programação Pactuada e Integrada da Área de Epidemiologia e Controle de Doenças fica prejudicado. Embora os recursos do TFECED sejam liberados sistematicamente, a morosidade administrativa nas secretarias estaduais e municipais de saúde é muito grande, acarretando falta de material básico para a execução das ações de controle, combustível para os veículos, equipamentos de proteção individual, formulários de campo etc. Muitos municípios não possuem local apropriado para o acondicionamento de inseticidas, assim como laboratórios de entomologia de baixa complexidade, para a identificação dos vetores. O cuidado da frota, por parte de estados e municípios é muito precário, acarretando altos custos na sua manutenção.

Os recursos humanos não estão adequados para a implementação do Programa. Alegando os impedimentos estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, os municípios, de uma maneira geral, não contratam servidores no quantitativo necessário para a implementação das ações de controle com a cobertura e intensidade tecnicamente indicadas. Como os municípios não contratam o pessoal em caráter permanente, a rotatividade é muito grande, demandando significativos recursos para a capacitação e, mais importante, repetidas capacitações.

As principais restrições ao desempenho do Programa referem-se a contratos, convênios e licitações. A estrutura administrativa de estados e municípios é muito precária, com muita morosidade nos processos licitatórios, acarretando grande atraso nas aquisições e, por conseqüência, prejudicando o andamento das ações de controle. No caso das construções dos centros de controle de zoonoses e da realização das melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas, atividades que são viabilizadas por intermédio da transferência de recursos pela via convenial, a execução é muito demorada, em decorrência da demora das licitações no âmbito municipal. Outra interferência é o fato de que muitos municípios que, a princípio, são prioritários, encontram-se inadimplentes.

Os conselhos estaduais e municipais de saúde estão sendo estimulados a acompanhar a execução das ações incluídas na Programação Pactuada e Integrada, cuja execução deve estar incluída no relatório de gestão. Cópias dos diferentes programas de controle estão sendo encaminhadas para esses conselhos.

A maior dificuldade refere-se à divulgação, junto aos conselheiros municipais de saúde, quanto ao montante dos recursos e as suas formas de aplicação.

Em relação aos gestores, estão sendo realizadas reuniões sistemáticas de acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos.

Sobre pesquisas de satisfação dos usuários, no âmbito da Funasa, está sendo desenvolvida proposta para suprir essa lacuna. A dificuldade refere-se à grande abrangência das ações e ao recente processo de descentralização, ainda não assimilado completamente pela população em geral, que constitui-se no beneficiário final do Programa.

## Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica

**Resultados** O Programa tem por objetivo promover a prevenção, a detecção precoce dos tipos de câncer prevalentes e a assistência à população, para reduzir a mortalidade por câncer no País.

Os indicadores originalmente propostos para o Programa foram o coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero e a taxa de cobertura de exame de Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. Ambos apresentaram variações dentro do esperado, tais quais os resultados do Programa.

Esses indicadores dizem respeito apenas ao câncer do colo do útero e, dada a multiplicidade e complexidade das ações do Programa, é importante ter um indicador que cubra outros aspectos e avalie melhor o impacto das ações nesta fase inicial do Programa.

Em 2001, foi proposta a substituição do coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna de colo do útero pelo indicador percentual de cobertura assistencial da população brasileira por Centros de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon.

Em relação ao indicador coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero, ressalta-se que a informação mais recente publicada ainda é a de 1999, que foi de 4,55 óbitos por 100 mil mulheres, os valores referentes a 2000 e 2001, provavelmente, só estarão disponíveis em 2003 e 2004, respectivamente.

Cabe ressaltar que, a partir de 2001, o cálculo desse indicador passou a considerar apenas os óbitos por câncer do colo do útero, excluindo-se os óbitos de câncer do útero, porção não especificada, o que explica a diferença dos valores acima para os projetados no planejamento do Programa, em 1999.

Fato importante no âmbito do Programa e que merece destaque é a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.575/GM, que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e fornecimento de medicamentos aos pacientes que forem tratados nestes ambulatorios. A Portaria possibilitou que fosse oferecida à população brasileira o que há de mais avançado cientificamente no tratamento do fumante da rede pública de saúde. E a publicação da Portaria Interministerial nº 1.498, que recomenda às escolas e unidades de saúde que implantem programas de ambientes livres da poluição tabagística e confere certificados de honra ao mérito às que se destacarem.

Para reduzir os índices de mortalidade por câncer, é necessária uma assistência oncológica integral, que garanta a cobertura global dos doentes, com equilíbrio entre as regiões brasileiras. O percentual de cobertura assistencial da população brasileira por Centros de Alta Complexidade em Oncologia com Radioterapia - Cacon representa esse aspecto importante do Programa e avalia o resultado da ação Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, e tem como base a análise da oferta de serviços oncológicos, que identificou uma distribuição geográfica inadequada com déficit expressivo no interior do País, e o predomínio de serviços isolados de quimioterapia ou de centros de alta complexidade sem radioterapia, principalmente nas regiões economicamente mais ativas.

**Gerente:**  
**José Kogut**

O indicador Percentual de cobertura assistencial da população brasileira por Centros de Alta Complexidade em Oncologia evoluiu de 29% em 2001, valor apurado em 12/2000, para 32% em 2002.

A implantação de Centros de Alta Complexidade de Oncologia com Radioterapia é a principal estratégia de expansão da assistência oncológica no País e visa romper com o atual modelo, que propicia o crescimento desordenado da oferta de serviços oncológicos, orientando a ampliação da cobertura assistencial a partir da realidade epidemiológica.

A análise do impacto dessa ação na cobertura assistencial em oncologia em 2002 e expectativa de cobertura para 2002 e 2004, no Brasil e grandes regiões, pode ser vista no quadro abaixo:

Cobertura Assistencial			Expectativa de Cobertura		
Regiões	2001	2002	2002	2003	2004
<b>N</b>	11,09%	22,18%	22,18%	22,18%	38,82%
<b>NE</b>	22,49%	23,99%	28,48%	28,48%	32,98%
<b>CO</b>	36,93%	36,93%	36,93%	43,08%	43,08%
<b>SE</b>	35,60%	38,57%	39,56%	40,55%	40,55%
<b>S</b>	28,50%	31,35%	31,35%	34,20%	34,20%
<b>Brasil</b>	29,09%	32,04%	33,73%	34,99%	37,52%

É importante observar que esse indicador é circunscrito à ampliação da cobertura assistencial qualificada como boa cobertura, que significa acesso da população a serviços integrados de oncologia. Assim, esse indicador, além de expressar uma ampliação quantitativa da oferta assistencial, também o faz de modo qualitativo, ou seja, expressa a ampliação de uma oferta assistencial que atende aos requisitos do modelo de atenção integral em oncologia, formalizado na Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde.

Assim, a criação de um novo Cacon equivale à ampliação de procedimentos para assistir a mil casos novos de câncer/ano. Em caráter complementar, o desempenho efetivo de cada unidade assistencial é avaliado e acompanhado a partir de outros indicadores de processo a serem discutidos posteriormente.

Quanto ao indicador taxa de cobertura do exame de Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, estava previsto que uma primeira aproximação do valor desse índice seria calculada em 2002, a partir dos dados do sistema para monitoramento das mulheres que realizaram exames do colo do útero - Siscolo, que permite classificar as mulheres por faixa etária. Entretanto, o Siscolo ainda não está preparado para calcular o número de mulheres que se submeteram ao exame num determinado período de tempo, uma vez que não elimina os casos em que uma mesma mulher se submete ao exame mais de uma vez ao longo do período.

A primeira estimativa para esse indicador será obtida por meio do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS, em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia - Cenepi/MS, que foi iniciado no segundo semestre de 2002, e inclui o estudo da cobertura do exame citopatológico do colo do útero e da prevalência da exposição da população aos fatores de risco para o câncer, havendo previsão de divulgação dos resultados em 2003. Propõe-se que esse inquérito de abrangência nacional se repita a cada cinco anos e um outro inquérito em seis capitais a cada dois anos. A determinação precisa e sistemática desse indicador só será possível quando o Cartão SUS for implantado.

O Programa **Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica** apresentou resultados significativos no período:

- a capacitação de mais de 3.588 municípios para ações de controle do tabagismo e outros fatores de risco de doenças;
- a realização da segunda fase de intensificação das ações de controle do câncer do colo do útero - Viva Mulher, cujo objetivo principal foi a conscientização da população feminina para a importância do exame preventivo;
- o aperfeiçoamento de ações de vigilância do câncer, que ampliou em todo o País as fontes de informação sobre esta doença;
- a implantação do Projeto de Expansão da Assistência Oncológica - Expande, pelo qual novos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon estão sendo implantados, visando corrigir a oferta inadequada e geograficamente mal distribuída dos serviços oncológicos no Brasil;
- a organização do fluxo de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade e que residem em locais onde ela é insuficiente ou ainda inexistente, através da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade;
- a formação de recursos humanos em vários níveis de especialização para o atendimento adequado às necessidades regionais e a ampliação da participação da população brasileira nas atividades comemorativas pelo Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro);
- a publicação de medidas legislativas e a incorporação de novas técnicas para a regulamentação da composição, produção e venda dos derivados do tabaco por meio da parceria, que vem apresentando êxito, com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa;
- a consolidação da participação do Instituto Nacional de Câncer - INCA, como membro da representação brasileira nas reuniões relativas à Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo da Organização Mundial de Saúde - OMS; e
- o Projeto de Qualidade em Radioterapia, lançado e desenvolvido conjuntamente com a Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer - ABIFICC envolvendo 33 instituições brasileiras.

Outro avanço importante, na área oncológica, foi a consulta pública que garantiu o uso de opiáceos para alívio da dor crônica, no âmbito do SUS, já que a maioria dos pacientes oncológicos que se encontram fora de possibilidades terapêuticas antitumorais sofrem de dor crônica. O conceito de cuidado paliativo está relacionado a uma melhor qualidade de vida, e sem o alívio da dor, que acomete mais de dois terços de pacientes com câncer avançado, isto não é possível.

A seguir, são detalhadas as principais realizações do período de 2000 a 2002, por ação:

#### Prevenção e Tratamento do Câncer Cérvico Uterino

- O número de exames realizados para detecção precoce do câncer do colo do útero teve um crescimento significativo no período: foram registrados no SIA/SUS 7,0 milhões de exames citopatológicos em 2000, 8,6 milhões em 2001 e 10,4 milhões em 2002. Os dados de 2002 incluem a segunda fase de intensificação das ações do Programa, que foi realizada em nível nacional entre 18 de março e 30 de abril em todo o País (campanha 2002).

- Outro fato marcante é o aumento expressivo do número de cirurgias de alta frequência, procedimento ambulatorial, que preconiza o diagnóstico e o tratamento (método ver e tratar) em uma única consulta, por meio da remoção da lesão precursora do câncer (NIC II e NIC III). Foram realizadas 13,3 mil cirurgias de alta frequência em 2000, 25,2 mil em 2001 e mais de 24 mil em 2002.

#### Prevenção e Vigilância para Controle do Câncer

- Desde o início de suas atividades até o momento, as ações educativas para o Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco atingiram a marca de 3.600 municípios com profissionais capacitados para gerenciamento das ações do Programa.
- Foram capacitados 304 municípios novos por intermédio do convênio estabelecido entre o Ministério da Saúde e as 27 Secretarias de Estado da Saúde para implantar ações de controle do tabagismo e outros fatores de risco em todos os estados do Brasil.
- Em agosto de 2002, foi publicado o primeiro Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil.
- Os Registros de Câncer de Base Populacional implantados no Brasil evoluíram de quatorze em 1999 (cinco produzindo dados), para dezenove em 2000, 21 em 2001 (nove produzindo dados) e 23 em 2002 (quatorze produzindo dados). Esses Registros são fundamentais para determinação do número real de casos novos da doença num período de tempo (incidência).
- Os Registros Hospitalares de Câncer implantados em unidades assistenciais que tratam o câncer evoluíram de 29 Registros em 1999 para 36 Registros em 2000, 49 Registros em 2001, atingindo 84 Registros até outubro de 2002.
- Até 2001, as ações educativas continuadas atingiram 5.437 escolas, 2.071 Unidades de Saúde e 1.443 Ambientes de Trabalho em todo o País.
- Lançamento do Disque-Pare de Fumar, em 2001, serviço telefônico gratuito do Ministério da Saúde, que orienta os fumantes que desejam parar de fumar, indicando locais em que podem ser tratados.

#### Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia

- No biênio 2001-2002 foram implantados cinco Cacon sendo em 2001, um em Divinópolis - Minas Gerais e, em 2002, dois no Rio de Janeiro, capital; um em Araguaína - Tocantins e um em Ijuí - Rio Grande do Sul. Isto corresponde ao alcance de 50% da meta física acumulada na ação Capacitação de Profissionais em Prevenção, Controle e Assistência Oncológica.

#### Capacitação de Profissionais em Prevenção, Controle e Assistência Oncológica

- Foram capacitados no ano 2000, 2.660 profissionais de saúde; em 2001, 2.539 e em 2002, 4.111, com a seguinte distribuição de participação:

- Residência de Enfermagem	65
- Cursos de Especialização	133
- Cursos de Atualização	3.472
- Treinamento Profissional	57
- Treinamento Científico	8
- Estágio Curricular	6
- Estágio de Treinamento	370

## Residência Médica no INCA

- O INCA mantém 10 programas credenciados de Residência Médica. O número de residentes mantidos tem aumentado a cada ano: 99 residentes em 2000, 111 residentes em 2001 e em 2002.
- Atendimento Ambulatorial e Hospitalar do INCA. Na produção hospitalar, destaca-se:

	2000	2001	2002
<b>Matrícula de novos pacientes</b>	10.794	10.108	9.179
<b>Internações</b>	16.224	15.899	15.497
<b>Consultas clínicas</b>	244.937	246.866	232.176
<b>Cirurgias</b>	12.675	13.059	11.785
<b>Aplicações de quimioterapia</b>	34.686	35.632	35.821
<b>Aplicação de radioterapia</b>	182.172	191.922	185.999
<b>Visita domiciliar</b>	7.171	7.846	8.837
<b>Transplante de medula óssea</b>	92	83	99

- Abriu-se o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea - Redome que proporcionou maior visibilidade à política de transplantes de doadores de medula óssea. Em 2001, foi elevado de 12.058 para 20.249 doadores cadastrados, atingindo cerca de 36 mil doadores em 2002. Criação do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - BSCUP do INCA, inaugurado em 2001, primeiro banco público nessa especialidade, que aumentará a possibilidade de transplante de medula óssea no País, para pacientes que não dispõem de um doador aparentado. Até setembro de 2002, o BSCUP coletou 675 bolsas de sangue de cordão e congelou 378 bolsas.
- Lançamento de 24 condutas diagnóstico-terapêuticas finalizadas, entre as 63 identificadas no INCA, para distribuição nas diferentes unidades assistenciais, a fim de padronizar os processos de diagnóstico e de tratamento, para que seus resultados possam ser avaliados adequadamente; sua divulgação para todo o País é feita por meio da Revista Brasileira de Cancerologia.
- Apresentação, prática e discussão das condutas de dosimetria e proteção radiológica, para garantia da dose prescrita no tumor e proteção do paciente e trabalhador, durante cursos e avaliações postais *in loco*, em cumprimento ao objetivo proposto pelo Programa de Qualidade em Radioterapia - PQRT.
- Atualização de 124 profissionais (médicos, físicos e técnicos) durante dois *workshops* e dezesseis cursos, realizados em dezenove estados do País, pelo Programa de Qualidade em Radioterapia - PQRT.
- Expedição de 349 pareceres técnicos para o sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Quimioterapia ou Radioterapia, da Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade/DESRA/SAS/MS, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de serviços oncológico ao SUS.
- Melhoria na evolução do perfil do paciente atendido nos três hospitais do INCA, numa variação de 26,9% em 1992 para 75% em 2002, com neoplasia maligna, demonstrando que, na década passada, o papel das unidades era eminentemente assistencial geral.

- Inauguração da UTI pediátrica do INCA que, além de ambiente adequado, conta com profissionais especializados, a fim de garantir a qualidade da assistência à criança com câncer.
- Adoção dos Padrões de Qualidade do Atendimento ao Cidadão, como parte do Programa de Qualidade no Serviço Público, do Governo Federal, cuja meta é superar até 2003 o índice de 70% de usuários satisfeitos com os serviços públicos.
- Realização da terceira Pesquisa de Satisfação de Clientes da Assistência, visando identificar o nível de satisfação dos clientes em relação aos serviços utilizados e às condições em que eles são prestados. Os resultados apurados apresentam uma ampla satisfação com o atendimento assistencial que é oferecido pelo Instituto.

#### Estudos e Pesquisas para Controle do Câncer

- A inserção da pesquisa realizada no INCA no contexto nacional, via participação em diferentes programas, tais como o Genoma Brasileiro, o Programa Nacional de Grupos de Excelência - Pronex e o dos Institutos do Milênio. Estes programas são essencialmente gerenciados e subvencionados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP e Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT.

Em 2002, destacaram-se:

- A conclusão e inauguração das novas instalações de um prédio próprio para as atividades laboratoriais e gerenciais da Coordenação de Pesquisa - CPQ do INCA, que foi projetado e construído de acordo com os mais modernos critérios de montagem de laboratórios.
- A realização de 318 publicações científicas entre artigos, apresentações em congressos, livros e capítulos de livros.
- A condução de 32 projetos principais em andamento ou sob avaliação para aprovação, sem contar com a pesquisa clínica, aplicada e epidemiológica.
- O recrutamento de dezesseis jovens pesquisadores para estágios de iniciação científica, e quatro para especialização, 22 para projetos de tese de pós-graduação - mestrado e doutorado - e dois para estágios de pós-doutorado, nas dependências do INCA.
- A criação de um setor de Farmacologia Clínica para a realização de testes de bioequivalência para a validação de medicamentos genéricos.

Promoção de eventos técnicos sobre prevenção, controle e assistência oncológica:

- Realização de 54 eventos científicos (jornadas, encontros, *workshop*, conferências etc.), utilizando as instalações do INCA, totalizando 3.472 participantes.
- Comemorações das datas alusivas ao controle do câncer: Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro).
- Realização do Encontro Anual de Avaliação dos Coordenadores Estaduais, no Rio de Janeiro.
- Reunião com os Coordenadores Estaduais e Municipais para a avaliação da 2ª Fase de Intensificação das Ações de Controle do Câncer de Colo do Útero e definição de estratégias para o seguimento das mulheres, em Brasília.

O conjunto dessas ações tem impacto positivo sobre o público-alvo provocando mudanças de atitudes e de comportamento, favoráveis a uma vida mais saudável.

Para 2003, os principais resultados esperados são:

- Ampliar a cobertura populacional brasileira da prevenção e detecção precoce do câncer, desenvolvendo ações de detecção precoce do câncer de mama e de intestino e ações educativas para os cânceres de pele, boca e próstata.
- Estimular o crescimento ordenado da oferta de serviços para diagnóstico e tratamento do câncer por meio da implantação de dois novos Cacon e preparação para implantação em 2004 de quatro Cacon.
- Fortalecer a formação de recursos humanos para a pesquisa na área do câncer, por meio da oferta de 56 bolsas de pesquisa e desenvolver 37 projetos de pesquisa clínica.
- Expandir sistemas e métodos de apoio a levantamento e monitoramento de informações sobre o câncer e seus fatores de risco no Brasil, conclusão e publicação dos resultados das pesquisas de cotinina e caso-controle de doenças do tabaco-relacionadas, inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis e métodos de cessação de fumar.
- Aumentar a cobertura das mulheres na faixa de risco para o câncer de colo de útero, com a realização de oito milhões de exames de Papanicolaou.
- Prover a rede de assistência oncológica do País de profissionais de saúde com uma visão integrada da prevenção e controle do câncer por meio da oferta crescente de vagas no Programa de Ensino do INCA, capacitando 2.432 profissionais de saúde.

---

**Concepção** O quadro sanitário brasileiro nas últimas décadas combina doenças ligadas à pobreza, típicas de países em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas, características dos países mais desenvolvidos. A seguir, apontamos os descritores do problema, a partir dos determinantes sociais e de indicadores epidemiológicos brasileiros disponíveis atualmente.

- O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil e a sua incidência cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos cinquenta anos.
- O Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM registrou, em 1999, 114.25 óbitos e a estimativa para 2002 aponta para 122.600 óbitos.
- O câncer de pulmão lidera a mortalidade e tem como principal fator de risco o tabagismo ativo (responsável por 90% dos casos) e tabagismo passivo (aumento do risco em 30%). No Brasil, conforme dados de 1989, havia cerca de 30% de fumantes que, aliado ao fato deste câncer ter alta letalidade, explica hoje, sua liderança na mortalidade do Brasil.
- Os cânceres de estômago e mama feminina ocupam, respectivamente, o segundo e terceiro lugares em número de óbitos durante 1999, permanecendo no mesmo patamar na estimativa para 2002.
- O câncer do colo do útero tem alta mortalidade e sua taxa de óbitos aponta para um aumento de cerca de 30% nos últimos vinte anos, sobretudo em mulheres acima dos cinquenta anos de idade.

- A estimativa de casos novos de câncer (incidência) para 2002 é de 337.535 casos.
- O câncer de pele é o tipo mais incidente no Brasil, com baixa letalidade, e seu principal fator de risco é a exposição excessiva à radiação solar.
- Ações de prevenção e detecção precoce podem evitar muitos óbitos, trazendo maior benefício social e econômico do que do tratamento da doença em fase avançada.
- Cerca de 30% das mortes por câncer têm como causa o tabagismo e 35% estão relacionados com hábitos alimentares inadequados (obesidade) e inatividade física (sedentarismo).
- Noventa por cento dos fumantes começam a fumar antes dos dezenove anos de idade e os fatores sociais responsáveis pela iniciação do consumo de tabaco entre os jovens relacionam-se, principalmente, à facilidade de acesso pelos baixos preços dos cigarros, à falta de controle de vendas a menores, ao estímulo pelas estratégias de *marketing* para promover o produto e ao crescimento da venda de cigarros no mercado ilegal. O tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável por doença e aumenta o risco de câncer de pulmão entre não fumantes expostos cronicamente à poluição tabagística ambiental.
- O câncer do colo do útero é muito vulnerável às ações de prevenção e detecção precoce e tem 100% de cura quando é identificado em fases iniciais e recebe a abordagem terapêutica adequada. Pesquisa de amostra representativa da população brasileira realizada pelo Ibope (INCA, 1994), mostrou uma baixa cobertura populacional pelas ações de prevenção do câncer do colo do útero, pois 36% das mulheres entrevistadas nunca haviam realizado o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolaou).

Os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente, para oferecer boa cobertura para a população.

A rede de serviços atual é insuficiente, considerando os parâmetros assistenciais internacionais, ajustados à realidade epidemiológica e demográfica brasileira. Tal situação é agravada por uma concentração nas áreas economicamente mais ativas e por déficit importante no interior do País. Além de insuficiente, a atual estrutura é constituída, significativamente, por unidades isoladas de quimioterapia ou radioterapia, configurando um modelo assistencial que não favorece à integração dos serviços nem à integralidade da atenção ao paciente de câncer.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- Diversidade do perfil epidemiológico brasileiro levando à necessidade de um maior conhecimento da distribuição das várias formas de câncer na população, da observação e análise das variações de sua ocorrência em diferentes grupos ou comunidades e dos fatores de risco a que elas se expõem - Estudos e pesquisa sobre prevenção e controle do câncer.
- Avanço na síntese de moléculas bioativas, levando à conseqüente necessidade de ensaios para desenvolvimento de métodos diagnósticos e terapêuticos - Estudos e pesquisa sobre prevenção e controle do câncer.

- Dificuldade em coletar, armazenar, analisar e disseminar informações relevantes, atualizadas e de qualidade necessárias às ações de vigilância em saúde (vigilância epidemiológica) e prevenção. Aumento da demanda de fumante que querem deixar de fumar - Prevenção e vigilância para o controle do câncer.
- Rede de serviços insuficiente, considerando os parâmetros assistenciais internacionais, ajustados à realidade epidemiológica e demográfica brasileira - Expansão de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.
- Taxa de mortalidade alta e crescente nos últimos vinte anos, com aumento de 30%, sobretudo em mulheres acima dos cinquenta anos de idade - Prevenção e tratamento do câncer cérvico-uterino.
- Necessidade de ampliar a formação de recursos humanos nas diversas especialidades oncológicas, a pesquisa clínica e a divulgação científica - Atendimento ambulatorial e hospitalar do INCA.
- Pouco conhecimento da diversidade epidemiológica, das estratégias de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento necessários para o controle do câncer no País - Capacitação de profissionais em prevenção, controle e assistência oncológica.
- Necessidade de qualificar e aprimorar os conhecimento técnico-científicos referentes à área da cancerologia - Residência médica no INCA.
- Necessidade de aumentar a mobilização da sociedade civil e técnico-científica para as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer - Promoção de eventos técnicos sobre prevenção, controle e assistência oncológica.

Destaca-se, entre os aspectos do Programa, a necessidade de aperfeiçoamento dos indicadores. Os indicadores originalmente propostos para o Programa foram o coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero e a taxa de cobertura de exame de Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

Esses indicadores dizem respeito apenas ao câncer do colo do útero e, dada a multiplicidade e complexidade das ações do Programa, é importante ter um indicador que cubra outros aspectos e avalie melhor o impacto das ações nesta fase inicial do Programa.

Em 2001, foi proposta a substituição do coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna de colo de útero pelo indicador percentual de cobertura assistencial da população brasileira por Centros de Alta Complexidade em Oncologia pelas seguintes razões:

- O PPA tem periodicidade de 4 anos e, em países onde se estruturou um Programa de rastreamento, com cobertura de 80% ou mais da população feminina, o impacto do Programa na mortalidade por esse tipo de câncer só começou a ser observado cerca de 5 a 10 anos depois. Levando em consideração que a primeira campanha de combate ao câncer do colo de útero foi realizada em 1998, espera-se que a queda na mortalidade, após a implantação do Programa, aconteça a partir de 2006, na melhor das hipóteses.
- Nos primeiros anos do Programa, os sucessos estão relacionados à: melhoria do sistema de atendimento e referência de casos diagnosticados (cobertura, fluxos e resolutividade); mudanças na população-alvo em relação a conhecimentos e práticas sobre prevenção, busca de ajuda e condutas a serem seguidas caso apareça a doença; satisfação das usuárias em relação ao Programa (atendimento, informação, resolutividade, rapidez do diagnóstico/tratamento); geração, na sociedade, de níveis maiores de consciência ou alerta em relação ao problema.

- Considerando que até o momento (outubro de 2002) a informação mais recente publicada ainda é a de 1999, que foi de 4,55 óbitos por 100 mil mulheres, os valores referentes a 2000 e 2001 provavelmente só estarão disponíveis em 2003 e 2004, respectivamente.
- A diminuição dos índices de mortalidade por câncer só poderá ser alcançada por uma assistência oncológica integral, que garanta a cobertura global dos doentes, com equilíbrio entre as regiões brasileiras. O percentual de cobertura assistencial da população brasileira por Centros de Alta Complexidade em Oncologia com Radioterapia - Cacon representa esse aspecto importante do Programa e da ação Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Algumas ações que resultam em produtos (bens e serviços) e que impactam no resultado do Programa, ainda que indiretamente, estão descritas abaixo.

- Promoção de estudos econômicos na cadeia produtiva do tabaco, avaliando desde o plantio do fumo até a venda final de produtos fumígenos. Em resposta a processos advindos do público em geral e de diferentes setores governamentais, foram emitidos pareceres sobre contrabando, defesa dos fumicultores e gastos do Governo Federal como tratamento de fumantes, entre outros assuntos.
- Promoção de estudos e emissão de pareceres técnicos sobre legislação relacionadas ao controle do tabagismo.
- Atualização tecnológica utilizando recursos da informática para viabilizar a disseminação da informação internamente (intranet) e externamente (extranet). Por meio da extranet foi possível a realização das reuniões virtuais entre as instituições participantes do Projeto de Qualidade em Radioterapia. O desenvolvimento de sistemas com parcerias permitiu a implantação do Sistema para Cadastro de Produtos Derivados do Tabaco - Sistab (parceira com Anvisa) e do Sistema de Informação para Controle do Câncer do Colo de Útero - Siscolo (parceira com Datasus).
- Preparação e confecção de trabalhos técnico-científicos apresentados e aulas ministradas, em congressos nacionais e internacionais e outros eventos, relacionados à prevenção e controle do câncer para divulgação sobre o tema.
- Estímulo ao desenvolvimento e participação em Projetos Sociais e Voluntariado do INCA, contribuindo para o fortalecimento do compromisso de seus colaboradores e da sociedade com a responsabilidade pública e a cidadania.
- Manutenção e disponibilização do maior acervo especializado em oncologia da América Latina.

Não foram apontados aspectos da estratégia de implementação que necessitem ser aperfeiçoados ou modificados.

Destaca-se, como aspecto da estratégia de implementação que mais contribuiu para o alcance dos resultados, o estabelecimento de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, tendo o INCA como interveniente possibilitando formar uma rede para gerenciamento descentralizada, por meio de representantes das Secretarias Estaduais de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal.

O convênio, somado aos recursos orçamentários da SES, contribuiu para a implantação de áreas físicas com infra-estrutura específica para a implementação de todas as atividades necessárias para o desenvolvimento do Programa.

## Implementação

Os recursos determinados na Lei Orçamentária de 2002 foram suficientes para o cumprimento das metas. Anualmente, por ocasião da elaboração da proposta orçamentária, a necessidade de novos recursos é discutida com o Ministério da Saúde, que tem priorizado as adequações necessárias ao orçamento do Programa. Além disso, o fluxo de liberação desses recursos tem sido compatível com a programação. Os números a seguir demonstram o crescimento do orçamento do Programa, com relação à previsão original:

	2000	2001	2002	2003
Proposta Original	176.887.141	168.910.524	174.747.000	178.533.000
Orçamento	206.863.138	235.534.854	267.109.680	277.100.000

O valor de 2002 foi projetado com base na execução até outubro de 2002; o valor de 2003 é o da proposta orçamentária. Todos os valores acima incluem despesas com pessoal.

O incremento no orçamento ocorrido em 2001 se deveu, em grande parte, à inclusão da nova ação de Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Quanto à execução orçamentária e financeira, não ocorreram problemas nem quanto à liberação de orçamento para empenho, nem quanto à liberação de recursos financeiros para o efetivo pagamento dos compromissos assumidos. Trimestralmente, o gerente do Programa apresenta e discute com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO, do Ministério da Saúde as necessidades orçamentárias para o próximo trimestre. Como consequência, foi estabelecido um contato estreito entre a Gerência do Programa e a SPO que tem facilitado a solução de qualquer problema relativo ao fluxo de recursos.

No tocante à infra-estrutura, os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente, para oferecer boa cobertura para a população. A rede de serviços atual é insuficiente, considerando os parâmetros assistenciais internacionais, ajustados à realidade epidemiológica e demográfica brasileira. Tal situação é agravada por uma concentração nas áreas economicamente mais ativas e por déficit importante no interior do País. Além de insuficiente, a atual estrutura é constituída, significativamente, por unidades isoladas de quimioterapia ou radioterapia, configurando um modelo assistencial que não favorece a integração dos serviços nem a integralidade da atenção ao paciente de câncer.

As parcerias trouxeram recursos adicionais para o desenvolvimento de novos projetos no âmbito do Programa. Entretanto, a expansão das ações prevenção e rastreamento para outros tipos de câncer, que podem ser prevenidos, exigirá um aporte significativo de recursos. Também, a evolução das terapias celular e genética para o câncer exigirá investimentos para desenvolvimento de estudos e pesquisas para o domínio das novas técnicas. A dependência, única e exclusiva, do orçamento federal certamente limitará o crescimento do Programa. Portanto, o grande desafio será descobrir novas fontes, internas e externas, para financiamento das ações.

O monitoramento sobre o desempenho físico das ações descentralizadas é feito por meio de visitas de supervisão nas representações estaduais e municipais, bem como nos canais comunitários, com o objetivo de observar *in loco* o andamento das ações do Programa e conhecer de perto seus resultados.

O monitoramento do Programa também é realizado a partir das informações provenientes das seguintes fontes:

- Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA - O registro dos dados referentes às ações de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil ocorre de forma sistematizada desde o segundo semestre de 1994.
- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - Siscolo - Destina-se ao armazenamento de informações das ações de controle do câncer do colo do útero, reunindo dados de identificação da mulher, informações demográficas e epidemiológicas, além dos laudos padronizados dos exames.
- Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM - Utilizado como base para as estimativas de mortalidade por câncer no Brasil.

Dessa forma, é possível monitorar o desempenho físico das ações executadas de forma descentralizada, com razoável grau de precisão. Entretanto, faz-se necessário a construção de uma rede informatizada para agilizar e facilitar o envio, o armazenamento e a análise das informações relevantes para o monitoramento do Programa.

Quanto aos recursos humanos, nas secretarias estaduais e municipais, principalmente na atenção primária, a quantidade de profissionais ainda é insuficiente para o número de programas de saúde em desenvolvimento. No nível municipal, ainda existe carência e má distribuição de recursos humanos especializados tanto para o gerenciamento quanto para execução das ações. Na tentativa de corrigir as deficiências de pessoal, tem-se feito esforços de capacitação, conforme descrito abaixo:

Em relação à capacitação da equipe gerencial - toda a equipe que participa do nível gerencial do Programa foi capacitada pelo Programa de Desenvolvimento Gerencial do INCA - PDG. Entretanto, faz-se necessário um maior investimento para aperfeiçoamento e atualização dos profissionais da equipe gerencial, na área de saúde pública, com ênfase nas áreas de planejamento, avaliação e políticas públicas de saúde, e ainda nas áreas de formação de cada profissional, com ênfase nos temas abordados pelo Programa.

Em relação à capacitação das equipes responsáveis localmente - a equipe gerencial do Programa oferece capacitação aos representantes estaduais para gerenciamento nos municípios e implantação do mesmo em unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas. Os representantes estaduais multiplicam essa capacitação aos representantes municipais, que serão os responsáveis pela execução das ações municipais e capacitação dos profissionais dos canais comunitários onde será implantado o Programa. Até 2001, as ações educativas continuadas atingiram 5.437 escolas, 2.071 Unidades de Saúde e 1.443 Ambientes de Trabalho em todo o País.

Um dos grandes problemas enfrentados nesse processo é a constante substituição, principalmente de representantes municipais, obrigando os estados a investirem esforço e recursos financeiros em capacitação de novos profissionais. A cada ano, são substituídos em torno de 30% dos representantes de municípios que já haviam sido capacitados. Este problema também acontece, ainda que em menor escala, entre os representantes estaduais.

Em 2000, foram realizados treinamentos em todo o País, por meio dos Representantes Estaduais do Programa, para:

- gerentes municipais, com participação de 724 profissionais de saúde de 431 municípios;

- coleta do exame citopatológico, com participação de 775 profissionais de saúde de 273 municípios;
- exame clínico das mamas, com participação de 960 profissionais de saúde de 568 municípios;
- Cirurgia de Alta Frequência - CAF, com participação de 202 médicos ginecologistas; e
- Siscolo - módulo seguimento, com participação de 117 profissionais para monitoramento do seguimento das mulheres e 169 profissionais para operacionalização do sistema.

Em 2001, foram realizados treinamentos em todo o País, por meio dos representantes estaduais do Programa, para:

- gerentes municipais, com participação de 2.009 profissionais de saúde, de 1.319 municípios;
- coleta do exame citopatológico do colo do útero, com participação de 3.446 profissionais de saúde, de 1.507 municípios;
- exame clínico das mamas, com participação de 2.113 profissionais de saúde, de 1.329 municípios; e
- Cirurgia de Alta Frequência - CAF, com participação de 123 médicos ginecologistas, de 111 municípios.

Dentre as principais parcerias, destacam-se:

No âmbito governamental, as parcerias com as secretarias estaduais de saúde têm sido fundamentais para implementação das ações descentralizadas do Programa. A parceria com o Centro Nacional de Informações Epidemiológicas viabilizou recursos para a realização do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis. Da mesma forma, a parceria com a Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer, agregou recursos técnicos e financeiros para a implantação do Projeto de Qualidade em Radioterapia em 33 instituições prestadoras de serviço ao SUS. Também, as parcerias com as sociedades científicas têm oferecido contribuições valiosas para desenvolvimento de padrões técnicos para prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer. É importante ressaltar, também, as parcerias com Organizações Não-Governamentais que contribuem enormemente para a conscientização, mobilização e adesão da população às ações de prevenção de fatores de risco e rastreamento de câncer.

Em relação às parcerias com outros programas do PPA, destacam-se:

- Programa DST/Aids e Programa Saúde da Mulher - a integração com esses programas permite que as mulheres, neles atendidas, tenham acesso a procedimentos técnicos padronizados para diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e do câncer do colo do útero.
- Programa Saúde da Família - a parceria com esse programa é fundamental para a ampliação do alcance das ações de prevenção e controle do câncer e para o acompanhamento do indivíduo.

Quanto aos mecanismos de participação da sociedade, tem-se que a sociedade civil organizada tem um papel importante no controle do câncer em nosso País. Na prevenção do câncer, o Programa organizou o I Fórum de Mobilização da Sociedade Civil para um Mundo sem Tabaco, para que todos possam dar sua contribuição para a redução das doenças tabaco-relacionadas no Brasil. Foi, também, criado um fórum permanente da sociedade civil, para que ela tome conhecimento das decisões acordadas na Convenção Quadro para o Controle do Uso do Tabaco, e possam cobrar dos legisladores a implementação dessas medidas no Brasil em prol de uma melhor qualidade de vida da nossa população.

Nas fases de intensificação do rastreamento das mulheres para detecção precoce do câncer do colo do útero, em todos os estados brasileiros, foram convidados a participar os diversos tipos de organizações da sociedade para mobilização da população feminina.

São realizadas pesquisas sobre:

- satisfação dos clientes nas unidades hospitalares do INCA - semestral;
- avaliação da satisfação dos treinandos a cada treinamento; e
- satisfação das secretarias estaduais de saúde com o Programa - anual.

Essas pesquisas têm apontado um alto percentual de satisfação dos clientes.

Com relação ao desenvolvimento institucional, a atualização e acompanhamento contínuos do Plano Estratégico da Instituição, envolvendo diretamente a Alta Administração do INCA, vem possibilitando o alcance de melhores resultados organizacionais, com destaque para as ações de melhoria do processo de gestão, valorização e reconhecimento dos recursos humanos e reestruturação dos serviços assistenciais do INCA, visando um melhor aproveitamento dos recursos humanos, físicos e tecnológicos. Destaque para a modernização das práticas de gestão do Instituto, com o Projeto de Implantação do *Balanced Scorecard* - BSC, experiência pioneira na área pública de saúde no Brasil, que permitirá ao INCA, a partir de 2003, medir seu desempenho institucional de forma abrangente e integrada. O BSC é um sistema de medição de desempenho balanceado, que avalia, por meio de indicadores, se os objetivos estão sendo atingidos, do ponto de vista global e não apenas setorial.

## Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Aids

**Resultados** O Programa tem como objetivo reduzir a incidência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis - DST e ampliar o acesso e qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores das DST e HIV/Aids. Seus indicadores são: Coeficiente de Incidência da Sífilis Congênita, Coeficiente de Incidência de Aids e Coeficiente de Mortalidade por Aids.

A variação dos índices dos indicadores se comportou com muito boa performance, evoluindo para o atingimento dos valores previstos. Desta forma, representam o alcance dos objetivos do Programa e de seus resultados, com enormes benefícios sociais para a população.

A resposta brasileira à epidemia da Aids iniciou-se de forma efetiva a partir do final da década de 1980, com a construção coletiva de uma política nacional para enfrentamento das DST e da Aids, tendo como atores principais a sociedade civil e a organização das pessoas vivendo com HIV/Aids, obtendo um significativo avanço na segunda metade da década de 1990.

A política atual, calcada na premissa de que a prevenção à Aids e a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids não podem estar dissociadas, é o resultado desse projeto coletivo, cujas bases sociais e políticas deram forma à estrutura e à organização do Programa Brasileiro de Aids.

Os princípios gerais que orientam o Programa são: descentralização, integralidade das ações, universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde e controle social.

A estes princípios acrescentam-se as diretrizes que norteiam a resposta brasileira: a garantia da cidadania e direitos humanos das pessoas com HIV/Aids; a garantia de acesso aos insumos de prevenção e assistência para toda a população; o direito de acesso ao diagnóstico para o HIV/Aids; e o direito ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença.

No Brasil, as ações de combate à epidemia são construídas tendo em consideração as características individuais e coletivas da população, segundo sua situação de vulnerabilidade e exposição aos riscos. O alcance e o sucesso da resposta nacional podem ser mensurados a partir de alguns indicadores básicos. Esses indicadores mostram que a política brasileira vem revertendo o cenário atual do HIV/Aids no País. Esses avanços só foram possíveis na medida em que se conseguiu unir em um só propósito prevenção e assistência, sociedade civil e Estado.

O Brasil provou que é possível oferecer tratamento universal e gratuito para a Aids. Hoje, são distribuídos quinze anti-retrovirais a cerca de 115 mil pessoas com Aids em todo o País. Os resultados obtidos por essa política foram a significativa queda da morbimortalidade, bem como uma sensível redução na quantidade e gravidade das hospitalizações de pacientes portadores de HIV/Aids. Desde 1996, essa Política levou a uma diminuição de 50% da mortalidade por Aids no País e reduziu em mais de 80% as necessidades de internações hospitalares por Aids na rede pública de saúde (Sistema Único de Saúde - SUS). Observou-se ainda uma diminuição entre 60 e 80% das demandas para tratamento de doenças oportunistas; uma redução da duração

Gerente:

Paulo Roberto Teixeira

e complexidade das internações hospitalares e um crescimento significativo do tratamento ambulatorial desses pacientes, refletindo assim uma melhora significativa na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Estimase que nos últimos cinco anos, tenham sido evitadas mais de 358 mil internações hospitalares, com uma economia de recursos de aproximadamente U\$1 bilhão. Esses resultados justificam, por si só, a política de acesso ao tratamento da Aids.

Apesar dos resultados da política de distribuição de anti-retrovirais, incluindo a economia alcançada com a queda no número de internações hospitalares, o Brasil precisava encontrar formas de garantir a sustentabilidade dessa política. A inclusão de novas drogas aumentava os gastos com a compra dos anti-retrovirais. A produção local de medicamentos, a negociação diferenciada de preços junto aos laboratórios produtores e a flexibilização das patentes tornaram a política brasileira de distribuição dos ARV auto-sustentável.

A cada ano, o Governo brasileiro gasta menos com tratamento da Aids, embora, em média, sejam incorporados anualmente ao sistema de tratamento do País, cerca de 15 mil novos pacientes. Em 2001, o Governo Federal gastou U\$232 milhões para atender cerca de 105 mil pacientes, o que representou 1,6% do orçamento do Ministério da Saúde e menos de 0,05% do PIB.

Essa redução de custos, paralelamente à ampliação da cobertura, só foi possível com o investimento em pesquisa para a produção local dessas drogas. Alguns medicamentos tiveram seus preços reduzidos em mais de 80% entre 1996 e 2001, a partir da produção local ou por meio da política de negociação de preços com os laboratórios detentores das patentes dos medicamentos. A negociação com os laboratórios multinacionais produtores exclusivos de alguns anti-retrovirais reduziu os preços de três anti-retrovirais em cerca de 60%.

Paralelamente ao desenvolvimento da política de distribuição universal de medicamentos anti-retrovirais, o Ministério da Saúde do Brasil precisou garantir o acompanhamento médico-hospitalar das pessoas com Aids. O principal desafio era assegurar uma assistência integral, de qualidade e que não tivesse grande impacto nos custos para sua manutenção. A estratégia foi oferecer modalidades assistenciais alternativas centradas no cuidado ambulatorial e domiciliar. Além de garantir uma melhor qualidade de vida, as alternativas assistenciais criadas a partir de 1993 mostram custos econômicos e sociais significativamente menores que o atendimento hospitalar convencional.

Atualmente, o País conta com cinco modalidades distintas de atenção às pessoas com Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: os Serviços Ambulatoriais Especializados - SAE; os Hospitais-Dia - HD; os Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT; os Hospitais Convencionais - HC; e os Serviços de Atendimento às DST.

Até março de 2002, cerca de dois mil serviços para assistência clínica aos portadores de DST/HIV/Aids na rede pública de saúde estavam credenciados pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, o Governo optou por fazer prevenção estimulando o uso do preservativo em todas as relações sexuais. O apoio da sociedade civil ajudou a consolidar esta política.

Já houve tempo no Brasil em que o preservativo masculino de látex era um artefato encontrado somente nos *sexshops* ou reservado às prateleiras mais discretas de algumas dezenas de farmácias. Isso há vinte anos. A epidemia de

Aids mudou o comportamento da população em relação ao preservativo, aumentou-se a aceitabilidade e diminuiu-se as crenças de que o preservativo reduz o prazer. Este insumo é encarado como peça central da política governamental de prevenção à Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. A decisão de promover o uso do preservativo causou polêmica e algumas reações de setores conservadores que acreditavam que a prevenção à Aids deveria ser centrada na castidade e na fidelidade. O Governo brasileiro, seguindo o consenso das Nações Unidas e das comunidades científicas internacionais, com base nos dados que comprovam a eficácia do preservativo na prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e Aids, e na premissa de que não cabe a um Estado julgar a estrutura de relacionamento dos indivíduos, enfrentou as reações e tornou-se o principal protagonista na promoção da camisinha. Hoje, o preservativo é encontrado em todas as redes e projetos de prevenção e está presente nas ações básicas de saúde. Sua distribuição é gratuita em toda a rede de saúde.

Atualmente, a população brasileira tem claro que o preservativo é a forma mais segura de evitar a infecção pelo HIV. Esse conhecimento é uma forma de sustentação da política de prevenção. Hoje, as tradicionais críticas de alguns setores não encontram (ou encontram muito pouco) eco na sociedade brasileira. O consumo do preservativo tornou-se um dos principais indicadores para a avaliação do Programa Brasileiro. Em 1986, estudo realizado pela Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar - Benfam mostrava que o preservativo era utilizado por apenas 5% da população. Os dados recentes comprovam a mudança de posicionamento do insumo na cultura brasileira. Pesquisa nacional, realizada em 1999, sobre a sexualidade da população mostrou que, no Brasil, 48% das pessoas usaram o preservativo na sua primeira relação sexual, taxa muito próxima da encontrada em países desenvolvidos como EUA (51%), Itália (52%) e Alemanha (57%). Na população brasileira com maior escolaridade, a média de uso na primeira relação sobe para 71%, próxima da encontrada na França (77%). Esses dados mostram a importância e a efetividade das ações de prevenção.

O principal resultado da política de promoção do preservativo adotada está nos números da epidemia de Aids. Em 1992, quando foi negociado o primeiro acordo de empréstimo para o combate à Aids entre o Governo brasileiro e o Banco Mundial, estimava-se que no ano 2000 cerca de 1,2 milhão de brasileiros estariam infectados com o HIV. A previsão não se concretizou. Atualmente, calcula-se que o número de indivíduos HIV positivo existentes no País seja de aproximadamente 597 mil pessoas. Sem dúvida, isso reflete o resultado das ações desenvolvidas pelo Programa Brasileiro de Aids e seus parceiros. É inegável que este resultado só foi possível por meio de uma agressiva política de acesso ao preservativo.

O consumo atual de preservativos no Brasil é de cerca de 600 milhões de unidades por ano, sendo que 250 milhões são distribuídos gratuitamente pelo Governo e 350 milhões são provenientes do mercado.

O Brasil é o primeiro País com experiência de Governo na distribuição gratuita de preservativos femininos. Em 2002, esperava-se adquirir quatro milhões de preservativos femininos. Entre os anos de 2000 e 2001, foram distribuídos dois milhões de camisinhas femininas. O preço elevado – o preservativo feminino custa até 23 vezes mais que o masculino – impossibilita um investimento nas mesmas proporções do masculino. Mas a iniciativa amplia as alternativas de prevenção para a população de mulheres. A distribuição está dirigida aos programas de saúde da mulher, usuárias ou parceiras de usuários de drogas, profissionais do sexo e mulheres com HIV/Aids. Uma das estratégias usadas na distribuição é fortalecer as mulheres para a negociação de práticas seguras com seus parceiros.

O gel lubrificante à base d'água é considerado um insumo básico de saúde pública, imprescindível para as ações de prevenção das DST/Aids, uma vez que a utilização do gel na prática do sexo anal com preservativo está diretamente relacionada à diminuição da possibilidade de rompimento da camisinha. Além disso, o gel proporciona maior aderência do preservativo durante a relação anal, diminuindo a rejeição no suposto desconforto atribuído pelos usuários da camisinha.

Como já visto anteriormente, a necessidade do fortalecimento da política nacional de prevenção em HIV/Aids direcionada aos homossexuais e bissexuais masculinos, determinou também a prioridade da Coordenação Nacional de DST/Aids - CN na aquisição/distribuição desse insumo (processos associados a ação das ONG/OG e subsidiados pelo apoio financeiro da CN), bem como para a produção do gel lubrificante pela esfera governamental. Desta forma, em julho de 2002, 230 mil unidades foram adquiridas e distribuídas aos projetos de intervenção comportamental entre HSH para a cobertura de ações durante a veiculação da campanha de mídia dirigida a este segmento. Ressalta-se ainda os investimentos realizados desde meados do ano 2001 para a fabricação nacional deste insumo pela Farmanguinhos, com previsão de regularização deste insumo até o final deste ano, bem como o apoio para a compra direta por estados, municípios e OSC por meio de projetos de intervenção comportamental.

A transmissão materno-infantil do HIV é responsável por quase a totalidade dos casos de Aids registrados em crianças menores de doze anos no Brasil, enquanto a transmissão sanguínea – seja por transfusão de sangue, seja por hemofilia – responde por menos de 1% dos casos de Aids nesta faixa etária. Com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante, as taxas de infecção da mãe para o bebê têm sido menores que 4% em várias cidades do País.

Atualmente, estima-se que em todo o País existam cerca de 17 mil gestantes soropositivas. Em 2001, a rede pública de saúde conseguiu localizar e garantir o tratamento de aproximadamente 40% dessas mulheres. Entretanto, essa cobertura é extremamente heterogênea, variando entre menos de 20% a mais de 80% nas distintas regiões.

Um dos maiores obstáculos para ampliar essa cobertura é justamente o acesso a um pré-natal de qualidade e a infra-estrutura de saúde local. O desafio atual do Programa Brasileiro de DST e Aids está na formação e na sensibilização dos profissionais de saúde que atendem a essas mulheres. Para isso, o Governo Federal está implantando um plano de ação emergencial nas maternidades de 166 municípios brasileiros onde é maior a prevalência do HIV.

Além do plano de ação emergencial, o Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo um plano estratégico mais amplo e que garanta a continuidade do diagnóstico de gestantes e a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis. Este plano prioriza a ação em unidades básicas de saúde e maternidades de 724 cidades (que concentram 60% da população brasileira).

O diagnóstico do HIV constitui-se um dos pilares fundamentais para a realização de ações de prevenção permitindo o escalonamento de procedimentos assistenciais e a definição de políticas públicas que garantam o acesso de forma universal, gratuito e anônimos a todas as pessoas que, identificando-se em risco, queiram conhecer seu *status* sorológico.

Criou-se, em 1988, os Centros de Orientação e Aconselhamento Sorológicos - COAS, com o objetivo de garantir o acesso gratuito e anônimo em serviços equipados por profissionais capacitados na coleta e no aconselhamento pré e pós-teste. Em 1999, estes centros passam a ser identificados como Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA.

A seguir, a tabela apresenta o crescimento do número de unidades de CTA no Brasil no período de 1999 a 2002:

Ano	nº de CTA	Exames realizados
1999	138	85.486
2000	174	260.047
2001	190	284.000
2002	220	165.000*

\* Estimativa de testes no período de janeiro a julho de 2002

Contudo, esforços continuados são mobilizados para que toda a rede básica de saúde realize estas ações de diagnóstico, promovendo a necessária expansão da oferta de diagnóstico. Em estudo realizado em 1999 sobre o comportamento sexual do brasileiro, pôde-se estimar que 20% da população sexualmente ativa havia feito o teste anti-HIV.

Este percentual é maior entre as populações acessadas por ações educativas, com é o caso de UDI – aproximadamente 52% já fez o teste, Profissionais do Sexo – em torno de 49,2% e HSH – em torno de 70%. Quanto aos procedimentos pagos pelo SUS, relativos aos testes Elisa realizados, observa-se um aumento crescente em torno de 7% entre os anos de 1999 a 2000, e 22% no período entre os anos 2000 e 2001.

O total de testes realizados em 1999, 2000 e 2001 foi, respectivamente: 2.803.554, 2.999.514 e 3.653.252. Até junho de 2002, foram realizados 2.000.479 testes.

Considerando-se, a partir da estimativa do número de casos de HIV no Brasil, que este percentual está aquém do desejado, ações estratégicas têm sido implementadas para o aumento da oferta do teste, passando-se de 1,8 milhão de testes pagos pelo SUS/ano para 7 milhões/ano – notadamente o plano estratégico para a adoção de um teste Elisa para o diagnóstico inicial, mantendo-se o protocolo atual para o confirmatório, o planejamento para o aumento da cobertura de testagem de mulheres grávidas, e, finalmente, a realização de um estudo para a validação de mais tipos de testes rápidos e sua conseqüente utilização entre populações de difícil acesso tais quais profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

O desenvolvimento destes CTA teve, como principal ação, o desenvolvimento da prática de aconselhamento e a conseqüente construção de uma relação de confiança entre seus interlocutores e pressupõe uma visão de atenção integral e centrada na pessoa. Dessa forma, desenvolve uma abordagem junto ao indivíduo e/ou grupo capaz de integrar ações de prevenção e assistência, promovendo a instrumentalização das pessoas para uma melhor qualidade de vida, independente de sua condição sorológica. É uma atividade que visa à: redução do nível de estresse nas situações de testagem ou diante de um agravo à saúde; reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos de infecção; identificação de recursos (pessoais e/ou sociais) para adoção de medidas preventivas; adesão ao tratamento anti-retroviral e outros; e comunicação e tratamento de parceria(s) sexual(is) e de parceiros de uso de drogas injetáveis.

Esta prática é desenvolvida junto a grupos específicos no âmbito de projetos de intervenção comportamental, e com a população geral nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS. A Coordenação Nacional de DST e Aids vem desenvolvendo ações de capacitação, monitoramento e avaliação com

vistas à institucionalização do aconselhamento na rotina dos serviços de saúde da rede SUS. Todavia, até o momento, esta prática ainda é melhor assimilada e incorporada naqueles serviços (hospitais e ambulatórios) que oferecem assistência às pessoas infectadas com HIV/Aids e outras DST, com tuberculose, serviços de atenção à saúde da mulher, crianças e adolescentes e nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Os seus princípios organizacionais são: acessibilidade e gratuidade, confidencialidade a anonimato flexível, agilidade na entrega de resultados, aconselhamento adequado e não pontual, composição multidisciplinar das equipes técnicas e promoção de atividades extramuros. O trabalho regular, realizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento, permite coletar informações importantes sobre o perfil da infecção pelo HIV junto aos usuários destes serviços. Para a otimização desta coleta, desenvolveu-se, desde o ano 2000, um sistema informatizado que permite o tratamento destes dados e o envio dos mesmos ao nível central. Atualmente, o sistema está instalado na maioria dos CTA, com a previsão de envio sistemático de relatórios a partir do final de 2002.

Atualmente, 1.145 Unidades Básicas de Saúde e 208 Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA fazem o diagnóstico do HIV no Sistema Público de Saúde, referenciadas em uma rede de mais 200 laboratórios públicos estaduais e municipais.

Em 2001, o Sistema Único de Saúde financiou a testagem anti-HIV de aproximadamente 1,6 milhão de pessoas. Entretanto, estima-se que somente um terço da população brasileira conhece seu estado sorológico. Em países desenvolvidos, estima-se que de 50 a 75% da população já fez o diagnóstico do HIV. O Programa Brasileiro de Aids está elaborando uma estratégia de ampliação dessa cobertura, por meio de uma campanha nacional que estimule o diagnóstico em todo o País. A participação de estados e municípios é fundamental já que para a realização da campanha é necessária a estruturação de redes de coleta e de infra-estrutura laboratorial. A distribuição gratuita dos anti-retrovirais tem sido um forte estímulo para que a população faça o teste.

Estes são exames fundamentais para o início do tratamento e para o monitoramento da terapia anti-retroviral. Em todo o País, 73 laboratórios fazem parte da rede de CD4 e 65 laboratórios integram a rede de quantificação da carga viral. Já foram realizados cerca de 600 mil testes em cada uma dessas modalidades entre os anos de 1998 e 2002. A rede nacional de genotipagem do HIV foi implantada em dezembro de 2001 e será importante para a escolha do melhor esquema terapêutico para os pacientes que apresentaram falha no tratamento. Hoje, doze laboratórios integram a rede que funciona com o apoio de sessenta médicos capacitados e especializados na interpretação clínica da genotipagem. Esses médicos são referências para os demais médicos da Rede Pública de Saúde. É política do Governo continuar a expansão dessas redes.

A Avaliação Externa da Qualidade - AEQ dos testes para detecção dos anticorpos anti-HIV, hepatites virais, carga viral do HIV-1 e contagem de linfócitos T CD4+ é feita desde 1997. O Programa Brasileiro foi pioneiro nesta estratégia que hoje é uma importante ferramenta de avaliação de desempenho dos laboratórios públicos. Outro instrumento importante para a garantia da qualidade laboratorial é o Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública - Telelab. Foi este o meio utilizado para o treinamento de 22 mil profissionais de laboratórios das redes pública e privada, dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA, das maternidades e das unidades da hemo-rede pública e privada.

A resposta brasileira à epidemia de Aids veio provar ser muito mais eficaz e produtiva uma atitude de colaboração entre as duas instâncias, mantidas a autonomia e independência necessárias para a atuação de ambos os setores.

As ações articuladas em parceria com as organizações da sociedade civil garantem a capilaridade do Programa de Aids: facilitam o acesso à saúde pela população em geral, mas, principalmente, garantem que os insumos de prevenção e assistência cheguem a segmentos sociais específicos, de difícil acesso e sob maior risco ou vulnerabilidade à infecção. Oferecem resultados concretos como: eficiência na abordagem de populações mais vulneráveis, agilidade institucional na execução de projetos, criatividade temática e metodológica e custos operacionais reduzidos – comparativamente às ações governamentais.

A sociedade civil também participa do processo de assistência ao portador de DST/HIV/Aids por meio de projetos específicos, financiados pelo Programa Brasileiro de DST e Aids. Estes projetos complementam a assistência ao paciente com modalidades diversas às implantadas pelo Governo: casas de apoio oferecem moradia às pessoas com HIV/Aids de baixa renda; as casas de passagem, que garantem abrigo temporário nos deslocamentos dos pacientes para tratamento fora de seu município; e os grupos de convivência, que mantêm diversos projetos de reinserção social e grupos de adesão ao tratamento.

As universidades e instituições de fomento a estudos e pesquisas têm sido responsáveis, em parceria com o Programa Nacional, pela capacitação de pessoal nas diversas áreas, bem como por relevantes investigações que têm proporcionado grandes avanços do conhecimento necessário para a formulação de estratégias eficazes de combate à epidemia.

O setor privado, principalmente por intermédio do Conselho Empresarial em HIV/Aids, formado por 24 empresas de grande porte do País, tem desenvolvido um trabalho importante de mobilizar o setor empresarial para o desenvolvimento de ações de prevenção ao HIV/Aids no âmbito das empresas. Os organismos patronais, como o SESI, Senai, Senac e SESC, assim como os sindicatos, têm atuado ativamente ao longo dos últimos quinze anos, abrangendo mais de dez milhões de trabalhadores.

Os organismos e agências internacionais têm contribuído substancialmente no aporte de recursos adicionais e estratégicos ao Programa, da mesma forma que têm oferecido uma contribuição técnica igualmente significativa.

Um dos fatos mais importantes da resposta nacional ao controle da Aids foi o incremento das ações de prevenção dirigidas aos grupos mais vulneráveis à epidemia. Esta iniciativa só foi possível graças à participação direta dos movimentos sociais e grupos organizados, resultando numa combinação de fatores políticos e técnicos, tais como: ampliação da cobertura, mobilização social, direitos humanos e controle social e acesso universal aos insumos básicos de prevenção. É desta combinação que se extrai as melhores práticas no campo da prevenção.

A Redução de Danos surge como uma alternativa para combate à transmissão da doença entre usuários de drogas e parte do princípio de que o usuário de drogas deve ser protagonista de sua própria história e, como protagonista, ter controle sobre o uso que faz da droga.

Quando se fala em projetos de Redução de Danos, associa-se imediatamente a troca de seringas como uma atividade exclusiva destas ações. Mas o projeto é muito mais amplo. Se a pessoa usa drogas e não quer, ou não pode parar de usá-las, a Redução de Danos oferece a esta pessoa a chance de ter um maior controle sobre todo o processo de uso, desde trocar seringas para evitar a infecção pelo HIV e outras doenças de transmissão parenteral, até se preocupar com a qualidade da droga que está ingerindo.

O uso compartilhado de seringas e agulhas é responsável direto e indireto por cerca de 25% do total de casos de Aids notificados no Brasil. Para enfrentar essa situação o Governo incluiu a Redução de Danos em sua agenda de prioridades. O Programa Brasileiro de Combate às Drogas (Senad) inclui e recomenda sua adoção como ação prioritária para reduzir o impacto do HIV/Aids e das hepatites entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI.

A operacionalização deste Programa inclui a disponibilização de seringas, agulhas e outros insumos necessários à injeção segura, preservativos masculinos e femininos, o aconselhamento, a disponibilização de testes para HIV e hepatites, imunização contra a hepatite B e procura fortalecer as redes de UDI por meio do trabalho entre pares (ex-usuários e usuários de drogas). Atualmente, o Ministério da Saúde apóia 125 projetos de Redução de Danos, que acessam cerca de 65 mil usuários de drogas.

Grande parte deste apoio vem dos resultados positivos do Programa. Nas cidades em que o projeto foi implantado, os índices de infecção pelo HIV já registram queda. Em Salvador, a taxa de infecção nessa população era de 49% em 1996 e hoje é de 7%. O mesmo aconteceu em Santos, outra cidade pioneira. Lá, a taxa de infecção em 1998 era de 63% e em 2000 de 42%. Itajaí, onde a categoria de exposição uso de drogas injetáveis respondia por 78% dos casos de Aids, em 1998, também está conseguindo reverter a tendência. A média nacional de infecção de HIV em UDI que em 1998 era de 52%, atualmente é de 41,5% (Pesquisa Ajude Brasil I e II)

A Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde realiza ações permanentes de prevenção nas escolas públicas de todos os estados, tendo treinado, até o momento, 220 mil professores. Cerca de 8,8 milhões de estudantes já recebem, sistematicamente, orientações sobre DST e Aids. O Ministério da Saúde disponibiliza também quinze milhões de preservativos de 49mm, para atender especificamente a adolescentes, em programas nacionais de assistência às pessoas vivendo com o HIV ou em risco de contrair o vírus. A criação do Grupo de Trabalho Jovem - GT Jovem, em parceria com o UnAids e a Unesco, em 1999, resultou numa importante iniciativa para o fortalecimento do protagonismo juvenil na luta contra a epidemia no País.

A mobilização e a organização social das populações mais vulneráveis têm sido a chave para o êxito das ações de prevenção. As ações direcionadas para as camadas mais pobres da população brasileira ganharam impulso com a inserção das ações de prevenção nos programas de atenção básica à saúde, principalmente com a articulação com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programas de Saúde da Família - PACS/PSF.

A mobilização social estende-se, também, aos segmentos da população de difícil acesso e culturalmente sensíveis, tais como povos indígenas, populações situadas em áreas de fronteiras, populações ribeirinhas, seringueiros e população rural de assentamentos e acampamentos de reforma agrária. Nas áreas urbanas, é alvo das ações de prevenção a população de rua, meninos e meninas em situação de risco social e os assentamentos urbanos. Essas ações privilegiam a educação em saúde, o fortalecimento dos vínculos sociais e o desenvolvimento comunitário, reconhecendo as características culturais de cada segmento.

Estima-se que os índices definidos serão alcançados plenamente até o final 2003, e possivelmente poderão ser ultrapassados, uma vez que já foi ultrapassado o índice de incidência previsto; o índice de mortalidade está muito próximo da meta e o índice de sífilis congênita, um pouco mais distante da meta. No caso

do índice de sífilis congênita, a partir de meados de 2001, foi implementado um projeto especialmente para atender esta doença, de forma ágil e objetiva, em todo o Brasil. Todas as gestantes, quando do seu pré-natal, farão o diagnóstico da sífilis congênita, e o seu devido tratamento, reduzindo assim, gradativa e rapidamente, os índices atuais vigentes, e fazendo com que seja atingido conforme a meta prevista.

O planejamento de campanhas nacionais e a antecipação de seus impactos regionais têm propiciado a otimização de recursos financeiros, materiais e humanos, e os bons resultados alcançados na luta contra o HIV/Aids no Brasil. A definição das abordagens em comunicação de massa tem partido da análise do quadro da epidemia e da identificação das populações prioritárias às quais devem ser dirigidas as mensagens.

Estudos sobre essas populações fornecem dados importantes, que permitem caracterizá-las e distingui-las, segundo seu grau de vulnerabilidade às DST/HIV/Aids, acesso à educação formal, faixa etária, entre outros, e traçar caminhos para a investigação de outros fatores, como disponibilidade de serviços de saúde, tradições populares, atitudes e comportamentos sócio-culturais.

Na definição das estratégias em comunicação de massa foram consideradas populações prioritárias para a produção de grandes campanhas de massa a população geral (entre 15 e 49 anos) e as mulheres. Para os dois segmentos, as mensagens enfocam a população de renda mais baixa e menor nível de escolaridade. Paralelamente, foram consideradas populações importantes para a produção de ações comunicativas de impacto: usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo; homens que fazem sexo com homens; população carcerária; e pessoas ligadas ao setor de transporte rodoviário.

Campanhas realizadas (2000 - 2002):

- Transar sem camisinha é dirigir na contramão (2000).
- Prevenir é tão fácil quanto pegar (2000).
- Camisinha: a melhor amiga da estrada (2000).
- Não leve Aids para casa. Quem ama, usa (2000).
- Não importa de que lado você está, use camisinha (2001).
- Redução de Danos: Saúde e Cidadania (2001).
- Não importa com quem você transa, não importa como. Use camisinha.(2001).
- Campanha de prevenção às DST (2001).
- Sem vergonha, garota. Você tem profissão (2002).
- Sem camisinha, nem pensar (2002).
- Use camisinha com seu namorado.

A tendência da epidemia trouxe a necessidade de se buscar alternativas de articulação multissetorial das políticas públicas. Estas medidas e ações foram sendo implementadas a partir de áreas consideradas estratégicas na luta contra a Aids, ampliando, dessa forma, o seu alcance. Foram estabelecidos mecanismos de cooperação multissetorial com o Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Secretaria de Ação Social, Secretaria Nacional Anti-Drogas, entre outros.

As ações de prevenção para os segmentos mais vulneráveis têm reforçado as capacidades locais dos gestores, no sentido de garantir a qualidade dos processos de gestão e de intervenção dirigida a profissionais do sexo, UDI, HSH (homens que fazem sexo com homens), população prisional e outras populações que se encontram em situação de risco, orientadas para as ações descentralizadas e mobilização dos atores locais. Nessa linha de ação, tem-se priorizado o apoio às organizações da sociedade civil, via descentralização da concorrência dos projetos de ONG (organizações não-governamentais) e garantia de sustentabilidade das OSC (organizações da sociedade civil).

A realização de pesquisas comportamentais tem auxiliado a tomada de decisões na área de prevenção às DST e Aids e na promoção à saúde. A crescente ampliação do trabalho de promoção à saúde e prevenção de DST e Aids, realizado por um leque bastante diferenciado de instituições (estados, municípios, sociedade civil e setor privado), tem exigido a realização de estudos e pesquisas que permitam levantar indicadores para subsidiar o processo de monitoramento e de avaliação das nossas ações, possibilitando redefinir estratégias e aprimorar métodos e técnicas de intervenção.

Nesse campo, foram conduzidas pesquisas com crianças e adolescentes, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, população em situação de pobreza, população de área rural, homens que fazem sexo com homens, caminhoneiros. Esses estudos não priorizam apenas o levantamento epidemiológico, mas, também, a análise da efetividade das ações dirigidas a tais segmentos populacionais e o repasse de tecnologia de pesquisa aos parceiros, possibilitando o aprofundamento de análises locais para a redefinição de estratégias.

O Brasil reforça a política de cooperação externa com a transferência de tecnologias nas áreas de assistência, prevenção e articulação com a sociedade civil e passa a ser protagonista da luta contra a Aids em nível internacional.

O Programa Brasileiro de DST e Aids teve, nos últimos anos, uma agenda extensa de cooperação externa, principalmente com os países da América Latina e do Caribe, com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa - PALOP e com os países da América do Norte e Europa.

Essa cooperação consiste, basicamente, na troca de experiências, transferência de tecnologias e capacitação de profissionais com vistas a fortalecer as respostas nacionais e maximizar o impacto das ações desenvolvidas pelos distintos Programas Nacionais de DST/Aids, pelas ONG e pessoas vivendo com HIV/Aids.

#### Serviços de assistência a pacientes com DST/HIV/Aids

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST e Aids, tem desenvolvido grande intervenção junto ao sistema público de saúde, com a implantação de uma rede de serviços convencionais e alternativos nas Unidades Federadas para atenção a indivíduos com DST/HIV/Aids. Para tanto, foram identificados, credenciados e cadastrados no Ministério da Saúde cerca de novecentos serviços de assistência em HIV/Aids (hospitais convencionais, hospitais-dia, serviços ambulatoriais especializados e serviços de atenção domiciliar) e 1.142 unidades de saúde para assistência ambulatorial às DST.

Considerando a mudança do perfil da epidemia, a necessidade de melhorar o acesso dos pacientes aos serviços de referência para DST/HIV/Aids e, a limitação dos recursos (humanos e de estrutura) de alguns municípios, tem sido

incentivada a implantação de serviços que contemplem a assistência ambulatorial, leito-dia e atendimento domiciliar, dentro de uma mesma estrutura.

Desde de 2001, os novos serviços implantados estão voltados para a assistência integral dos portadores HIV/Aids, dentro dos seguintes moldes:

- As modalidades assistenciais passam a ser realizadas por uma mesma equipe técnica, sendo o controle clínico-terapêutico dos pacientes portadores do HIV e doentes de Aids realizado principalmente pelos SAE e em ambulatórios gerais da rede pública de saúde, o que se justifica pela sensível diminuição das necessidades de hospitalização e de assistência ocasionada pelo amplo acesso à terapia anti-retroviral combinada, a partir de 1996. Além disso, ocorre participação cada vez maior das Unidades de Saúde da Família, que passam a realizar atendimento primário em DST/HIV/Aids (assistência domiciliar integrada com equipes de SAE, adesão aos medicamentos e outros).
- As unidades de saúde ambulatoriais cadastradas para assistência às DST variam em complexidade, vão desde unidades básicas a ambulatórios hospitalares, e a estratégia de abordagem sindrômica é preconizada e adotada em nível nacional.

É necessário ressaltar que o processo de implantação, implementação e credenciamento desses serviços de assistência está sendo descentralizado para as secretarias estaduais e municipais de saúde e que esse processo se acelerou no ano de 2000, especialmente nas Regiões Sul e Sudeste que concentram o maior número de casos. Também está sendo priorizado um plano estratégico para a organização da rede de saúde para diagnóstico e assistência de gestantes/parturiente e para crianças verticalmente expostas ao HIV ou com sífilis congênita com abrangência de 100% dessa população-alvo. Ressalte-se que a assistência aos portadores de DST/HIV/Aids é realizada de forma integrada entre as áreas especializadas, atenção básica e OSC.

#### Assistência em HIV/Aids em parceria com as OSC

Outra modalidade de assistência que vem sendo estimulada pela CN-DST/Aids é a parceria com as ONGs e outras entidades da sociedade civil, sob a forma de projetos, para a implantação/implementação de casas de apoio para pacientes HIV+/Aids. Tais instituições são espaços de acolhimento para pessoas vivendo com HIV/Aids, que pretendem ser um lar substituto e contribuem muito, evitando internações de longo prazo. Essas casas promovem ações que direta ou indiretamente envolvem as pessoas próximas, familiares ou amigos. Por reunir pessoas que compartilham a mesma experiência e demandas, tais como questões ligadas a preconceitos, relação com a família, capacidade física e emocional para o trabalho, novas necessidades trazidas em decorrência da Aids etc., contribuem para discussões sobre inserção social de pessoas vivendo com Aids. Atualmente, existem 48 projetos de casas de apoio sendo financiados pelo Programa.

Do ponto de vista governamental, essas casas de apoio são importantes porque, além dos serviços que oferecem, conseguem maior proximidade com a vida cotidiana das pessoas vivendo com HIV/Aids. Outros projetos de parceria com ONG que envolvem aspectos assistenciais de pessoas portadoras de HIV/Aids (casas de passagem, grupos de convivência, reinserção social, geração de renda, assistência domiciliar, atendimento psicossocial às crianças e mulheres gestantes HIV+, saúde mental e acesso e adesão aos medicamentos e tratamentos odontológicos) também estão sendo desenvolvidos, totalizando juntamente às casas de apoio, cerca de duzentos projetos.

Ações de prevenção e controle das DST/HIV/Aids na comunidade e rede básica de saúde:

Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e de Saúde da Família - PSF são estratégias complementares utilizadas pelo Brasil para reorientação do modelo assistencial, partindo da organização da atenção básica nos municípios. Em maio de 2002, dos 5.561 municípios brasileiros, 4.914 (88,37%) já haviam aderido ao PACS e 3.948 (70,99%) ao PSF.

Essa estratégia visa promover prevenção primária e secundária, através do trabalho dos ACS, que tem por vantagem a transmissão da informação, educação em DST/HIV/Aids respeitando os princípios sociais, culturais e a linguagem usada por sua comunidade. Com relação à assistência aos portadores do HIV ou pessoas com Aids, as Equipes de Saúde da Família - ESF estarão contribuindo para a melhoria do prognóstico ao promover um diagnóstico precoce por meio do aconselhamento ao teste anti-HIV para gestantes, portadores de DST, tuberculose e pessoas com sintomas e sinais que sugerem a infecção pelo HIV ou doenças oportunistas, relacionadas. Outra atuação importante da ESF diz respeito ao auxílio para melhorar a adesão ao tratamento com ARV e aos regimes profiláticos para a prevenção de infecções oportunistas quando indicados, além do desenvolvimento de ação conjunta e complementar junto aos pacientes em atendimento domiciliar terapêutico - ADT. As ações de prevenção e controle das DST/HIV/Aids na comunidade e rede básica de saúde vêm sendo desenvolvidos desde novembro de 1996, graças à integração de atividades entre as coordenações de DST/Aids e de Atenção Básica dos vários níveis de Governo (Federal, estadual e municipal), estando as atividades de capacitação e de acompanhamento das ações descentralizadas sob a responsabilidade dos estados e municípios. Com o objetivo de subsidiar a capacitação dos profissionais de saúde que atuam nesses programas, foram produzidos os seguintes materiais instrucionais:

- manual do ACS Prevenção e Controle das DST/Aids na Comunidade;
- livro da Família Aprendendo sobre Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- vídeo e livreto nº 18 da série Agentes em Ação;
- minialbum seriado e ilustrado: O que precisamos saber sobre DST;
- álbum seriado de DST; e
- caderno de Atenção Básica às DST e à Infecção pelo HIV/Aids, da Série Programa Saúde da Família.

Até junho de 2002, foram capacitados 4.159 instrutores/supervisores e 308.616 ACS.

Acesso aos medicamentos para tratamento da infecção pelo HIV e infecções oportunistas e para o tratamento das DST.

Atualmente, cerca de 115 mil pacientes recebem ARV na rede pública de saúde (95% adultos adolescentes e 5% crianças). No ano de 1997, quando foi iniciada a disponibilização dos inibidores da protease, observou-se o maior aumento dos pacientes em tratamento, com um incremento de aproximadamente 26 mil pacientes. Em 1998, esse incremento foi de cerca de 14 mil pacientes, em 1999, de 19.500 pacientes, em 2000, o incremento foi de 12.600 pacientes e, em 2001, foi de 19.800 pacientes.

Os gastos do Governo Federal com a aquisição dos medicamentos de Aids foram de US\$ 34 milhões em 1996, US\$ 224 milhões em 1997, US\$ 305 milhões em 1998, US\$ 336 milhões em 1999, US\$ 303 milhões em 2000 e US\$ 232 milhões em 2001. O aumento dos gastos entre 1996 e 1999 deveu-se, principalmente, ao incremento mais acentuado do número de pacientes em tratamento, um aumento da proporção dos pacientes em terapias mais complexas e à atualização das recomendações para terapia.

Entretanto, desde 2000, está ocorrendo uma redução nos gastos globais com aquisição dos medicamentos devido à significativa redução dos preços dos anti-retrovirais, sendo que no período 1996-2001, houve uma redução de 54% no custo médio ponderado do tratamento por paciente/ano.

Os preços dos medicamentos anti-retrovirais adquiridos pelo Ministério da Saúde têm apresentado uma tendência de queda progressiva nos últimos anos, devido, em boa medida, aos investimentos que o Ministério tem realizado no fomento à produção local pelos laboratórios oficiais e à política de negociação de preços diferenciados com fornecedores transnacionais exclusivos. As quedas mais significativas dizem respeito aos preços dos medicamentos que já são produzidos no País (cerca de 80%), tanto por empresas privadas nacionais quanto por laboratórios oficiais, e os preços negociados com as empresas multinacionais (45-65%) que adotaram o sistema de preços diferenciados.

Em 2002, com o início da distribuição de lopinavir/ritonavir, a relação de medicamentos anti-retrovirais distribuídos pelo Ministério da Saúde atingiu o número de quinze fármacos em trinta apresentações farmacêuticas. Dos quinze anti-retrovirais, oito medicamentos são produzidos por laboratórios nacionais.

Em 2001, 63% dos medicamentos anti-retrovirais que corresponderam a 43% dos gastos, foram adquiridos de empresas nacionais e 37% dos medicamentos anti-retrovirais que correspondem a 57% dos gastos, foram adquiridos de multinacionais farmacêuticas.

Ações voltadas à abordagem da síndrome lipodistrófica associada ao HIV (lipodistrofia)

O uso de terapia anti-retroviral tem sido associada frequentemente à ocorrência de alterações corporais com depósito anômalo de tecido gorduroso em abdome e base do pescoço e atrofia desse tecido mesmo em face, extremidades e glúteos de forma não obrigatoriamente simultânea e que constituem a chamada síndrome lipodistrófica ou simplesmente lipodistrofia. O acúmulo de pacientes com lipodistrofia associada ao uso de anti-retrovirais tem aumentado consideravelmente nos últimos anos.

A abordagem dessa intercorrência trata-se de um grande desafio porque traz consigo sinais estigmatizantes tão fortemente combatidos por organizações governamentais e não-governamentais e esbarra em várias dificuldades que variam desde a definição de casos até o tratamento a ser instituído. Para tanto, a CN-DST/Aids resolveu elaborar um manual técnico capaz de responder às perguntas mais comuns de médicos que prestam assistência ao paciente com esta alteração.

Com o objetivo de definir qual a prevalência da lipodistrofia associada ao uso de anti-retrovirais no Brasil, está em andamento elaboração de estudo de prevalência em cinco centros de assistência ao HIV/Aids, escolhidos nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

Este estudo deverá ser baseado em informações obtidas por questionários respondidos por médicos assistentes, pacientes e exames laboratoriais e propedêuticos que permitirá analisar também a percepção da lipodistrofia sob o aspecto médico e do paciente, bem como o impacto psicossocial deste evento sobre os indivíduos afetados.

Além disso, considerando a lipoatrofia como a alteração corporal mais evidente na lipodistrofia e a que traz maiores prejuízos ao bem-estar estético e emocional do paciente, foi estabelecido como prioridade encontrar um método capaz de atender a esta demanda e posteriormente ampliá-la à rede pública. Para isso, a CN-DST/Aids, organizou uma equipe multiprofissional de consultores, incluindo dermatologistas muito experientes na área de preenchimento facial e deverá validar esta técnica em dois centros de assistência especializada em HIV/Aids, contemplando trezentos pacientes oriundos do SUS utilizando como material de preenchimento o polimetilmetacrilato.

#### Interações HIV-tuberculose, HIV-hepatites virais e outras co-infecções

Como em diversas partes do mundo, a co-infecção HIV-tuberculose continua sendo um grande problema de Saúde Pública no Brasil, principalmente com o avanço da epidemia nas camadas sociais mais pobres da população. Apesar da importante redução na ocorrência de casos de tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV, após a implantação do acesso universal à terapia anti-retroviral combinada potente no Brasil, esse agravo ainda continua sendo uma das principais causas de adoecimento e morte entre pacientes com Aids no País. Estados e municípios continuam mantendo atividades de capacitação de recursos humanos e promovendo ações de integração de serviços que prestam atendimento de indivíduos com tuberculose e HIV, com ênfase nos serviços especializados em HIV/Aids em nível secundário (SAE e HD) para uma assistência com qualidade aos indivíduos sabidamente co-infectados, mas integrando suas atividades com ações de detecção precoce e prevenção de ambas as infecções (incluindo testagem anti-HIV, uso do PPD e quimioprofilaxia com isoniazida), nos serviços de atenção básica (PACS/PSF e rede básica) e organizações da sociedade civil. Além disso, a CN-DST/Aids revisou as recomendações técnicas para tratamento da co-infecção HIV-tuberculose em outubro de 2001, aprimorando os critérios para uso adequado de anti-retrovirais e drogas anti-tuberculose nesses indivíduos e definiu, juntamente com a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, linhas prioritárias de pesquisa e diretrizes operacionais para a assistência, no que diz respeito ao binômio HIV-tuberculose, dentro do plano de implementação de ações estratégicas para o controle da tuberculose recentemente elaborado.

Em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde iniciou o processo de elaboração do Plano Nacional de Controle das Hepatites Virais, com a participação da CN-DST/Aids, que culminou na criação do Programa Nacional de Controle das Hepatites Virais, com diversas atividades que vêm sendo realizadas em parceria com a CN-DST/Aids, sobretudo nas áreas de prevenção e assistência. Em março de 2002, um comitê assessor específico foi nomeado por ambos os programas nacionais para elaborar as recomendações técnicas do Ministério da Saúde para o manejo clínico-terapêutico específico da co-infecção HIV-hepatites virais, cujo documento está em fase final de revisão para publicação.

Ainda em dezembro de 2001, a CN-DST/Aids elaborou um documento específico para orientar os profissionais de saúde no uso adequado de diversas vacinas disponíveis na rede pública de saúde em indivíduos HIV+, em consonância com as normas gerais estabelecidas pelo Programa Nacional de

Imunizações do Ministério da Saúde vigentes. Até o final de 2002, estão previstas reuniões técnicas para elaboração de projetos de pesquisa e recomendações clínicas, diagnósticas e terapêuticas em outras co-infecções de importância em Saúde Pública (leishmanioses, doença de Chagas e malária).

#### Adesão ao tratamento anti-retroviral na rede pública de saúde

Em um estudo de avaliação da adesão dos pacientes portadores de HIV/Aids à terapia anti-retroviral, realizado no Estado de São Paulo, com o apoio da CN-DST/Aids, observou-se que a taxa de adesão ao referido tratamento foi de 69%. Com o objetivo de melhorar esse índice e a assistência aos pacientes, foram realizadas dezoito oficinas para capacitação de 556 facilitadores de grupo de adesão, de unidades de saúde e ONG que prestam assistência aos pacientes com HIV/Aids, junto com a elaboração de material educativo de adesão dirigido para pacientes e profissionais de saúde.

#### Avaliação da qualidade da assistência em serviços de HIV/Aids na rede pública de saúde

Já está concluída a pesquisa que teve como objetivo avaliar a Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à Aids no Brasil, realizada em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Grupo QualiAids). O desenho da pesquisa analisou os serviços do ponto de vista das suas principais características institucionais e avaliou as principais dimensões da qualidade técnica do cuidado, de modo a estabelecer um perfil geral da qualidade da assistência ambulatorial.

Esta primeira análise dos dados mostra que aproximadamente 75% dos serviços avaliados apresentaram uma boa resolutividade de assistência ambulatorial aos pacientes, considerando parâmetros operacionais e técnicos.

#### Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis

O oferecimento do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, e a realização do teste para sífilis durante o pré-natal e na maternidade para todas as gestantes atendidas no âmbito do SUS, se constitui na primeira diretriz nacional voltada à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis.

A partir dessa diretriz, outras foram estabelecidas por um comitê técnico assessor para garantir uma menor taxa de transmissão vertical do HIV, integrado com as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS do Ministério da Saúde:

- disponibilização de zidovudina oral, e outros anti-retrovirais - ARV, para todas as gestantes;
- disponibilização de zidovudina intravenosa para todas as parturientes;
- disponibilização de zidovudina solução oral para todos os recém-nascidos expostos ao HIV;
- inibição da lactação nas puérperas comprovadamente HIV+; ou após seu consentimento livre e esclarecido, nas mulheres com resultado reagente em três testes rápidos realizados no momento do parto;
- instituição da fórmula infantil para todos os RN expostos ao HIV; e
- seguimento da mulher HIV+ durante todo o pré-natal e pós-parto, e da criança exposta ao HIV, em serviços especializados e credenciados para atendimento do par mãe HIV+ e seu filho.

Entretanto, apesar da ampla disponibilidade de zidovudina injetável e outros anti-retrovirais na rede pública de saúde, a cobertura nacional estimada de gestantes e parturientes com quimioprofilaxia para a transmissão vertical em 2001 foi de aproximadamente 40%, com variações regionais de 20 até 80%.

Assim, no intuito de aumentar essa cobertura, foi desenvolvido um plano estratégico, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Nutrição, para otimização dos recursos humanos, institucionais e de insumos para redução da transmissão vertical e da sífilis congênita, denominado Projeto Nascer. A partir de um plano de ação em aproximadamente 270 maternidades, selecionadas em 172 municípios, a partir de critérios epidemiológicos e o número de partos/SUS realizados por ano, e as estratégias mencionadas, envolvem a capacitação para os profissionais de saúde e tem por objetivos aconselhar e testar parturientes HIV+, não aconselhadas e testadas durante seu pré-natal e diagnosticar e tratar as sífilis materna e congênita, promovendo uma redução importante da taxa de transmissão vertical e conseqüências de ambos agravos.

Diagnóstico e acompanhamento laboratorial e fortalecimento da rede de laboratórios para controle da qualidade e pesquisa

Na implantação desta política foram consideradas estratégias e ações prioritárias desenvolvidas e implementadas nas áreas de: diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV; o monitoramento laboratorial dos pacientes vivendo com HIV/Aids, envolvendo a rede nacional de laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e para carga viral do HIV, a rede laboratorial para realização dos testes de genotipagem-Renageno, e o diagnóstico laboratorial das DST; treinamento a distância de profissionais de saúde por meio do sistema de educação a distância para profissionais de unidades hemoterápicas e laboratoriais de saúde pública-Telelab; sistema de garantia de qualidade; apoio à projetos científicos e de desenvolvimento tecnológico, compreendendo o monitoramento da resistência do HIV frente aos anti-retrovirais, da resistência do HIV aos anti-retrovirais em pacientes sob tratamento, projetos de vigilância da resistência genotípica primária do HIV-1 frente aos anti-retrovirais-Revire, projeto de desenvolvimento de ferramentas em bioinformática, e projeto de desenvolvimento de *Western-Blot* e testes rápidos.

Com o objetivo da ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV vêm sendo adotadas algumas medidas que vão desde o repasse de recursos financeiros para a implantação de novos laboratórios e a implementação de outros já existentes, até o incentivo para a produção de insumos na rede pública.

A CN-DST/Aids disponibilizou recursos da ordem de R\$ 1.006.000,00 para o financiamento de dezoito projetos em dezesseis unidades federadas, com o objetivo de implantação/ implementação do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. Em 2002, foram financiados treze novos projetos e nove encontram-se em tramitação.

Foi publicada, em fevereiro de 2002, a Ata de Registro de Preços dos testes Elisa e *Western-Blot* utilizados para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. Tal medida vem possibilitando uma economia de recursos para os estados e municípios que a partir do registro de preço destes insumos vem podendo adquirir-los a um custo de US\$0,72 e US\$0,78 para os testes Elisa e US\$17,28 para o *Western-Blot*, o que corresponde a aproximadamente a R\$ 2,20, R\$ 2,40 e R\$ 52,00, considerando-se a cotação de US\$1,00 - R\$ 2,99. Antes da publicação da Ata, o preço de aquisição em média era de R\$ 6,00 para os Elisa e R\$ 100,00 para o *Western-Blot*.

Mais recentemente, como um pacote de medidas que visam a ampliação do acesso ao diagnóstico, vem sendo elaborada uma portaria que contempla o seguinte:

- a organização da rede de laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam os testes anti-HIV, por meio da definição das atribuições de cada nível de gestão;
- proposta de financiamento para o diagnóstico laboratorial na rede pública que possibilite que todos os testes anti-HIV realizados sejam pagos pelo Sistema Único de Saúde; e
- a mudança no algoritmo de testagem de acordo com critérios científicos.

Como ação complementar àquelas adotadas para prevenção da transmissão vertical do HIV, a CN-DST/Aids vem disponibilizando testes rápidos às maternidades públicas para as parturientes que não realizaram os testes durante o pré-natal. A realização destes testes no momento do parto tem por objetivo a indicação de terapia medicamentosa nas mães soropositivas e nos seus recém-natos. Desde a adoção desta conduta, em 1999, foram distribuídos 450 mil testes rápidos e encontram-se em processo de aquisição, mais 300 mil testes.

Além das medidas que têm por objetivo a ampliação do acesso, vem sendo elaborado um Programa de Garantia da Qualidade Analítica do Diagnóstico Sorológico da Infecção pelo HIV com o intuito de melhorar a qualidade dos ensaios realizados em todos laboratórios da rede pública e conveniada.

Rede Nacional de Laboratórios para Contagem de Linfócitos-T (CD4+/CD8+) e para Carga Viral do HIV

Visando o monitoramento da evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, a indicação para início das terapias anti-retrovirais e preventivas das infecções oportunistas, bem como sua efetividade, a Coordenação Nacional de DST e Aids implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para Contagem de Linfócitos-T (CD4+/CD8+) e para quantificação da carga viral do HIV. As redes foram implantadas em 1997, com 32 e 30 laboratórios respectivamente, e implementadas para 52 e 41 laboratórios em 1998. Atualmente, contam com 78 laboratórios na rede de CD4 e 65 laboratórios na rede de carga viral, presentes em todos os estados brasileiros.

A partir de 1997, o Ministério da Saúde - MS, além de disponibilizar para todos os estados, 558.700 testes de CD4/CD8 e 687.250 testes de carga viral do HIV visando a manutenção de ambas as redes, adotou medidas a fim de garantir o crescimento técnico e aumento da capacidade instalada da rede de laboratórios, visando não apenas a melhoria da qualidade como também a diminuição do tempo de espera para realização desses exames e um atendimento ampliado. Desde junho de 1999, a Coordenação Nacional de DST e Aids vem promovendo a descentralização dessas atividades, por meio da transferência de experiência com relação à aquisição de insumos laboratoriais em articulação, com a Comissão de Gestão das Ações de DST/Aids, com o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde - Conass, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems e outras instâncias do Ministério da Saúde. Em 2001 foi implantada a política de descentralização das redes nacionais de laboratórios para contagem de células T-CD4+ e carga viral, cujas principais estratégias foram:

- registro de preço para os testes de contagem de células T-CD4+ e quantificação de carga viral, por meio de processo licitatório realizado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de garantir aos órgãos gestores estaduais a aquisição dos reagentes pelo preço estabelecido na referida ata, sem que haja necessidade de realização de licitações no nível estadual;

- compromisso firmado pelas empresas fornecedoras dos insumos em garantir para os estados o mesmo preço que o praticado para o Ministério da Saúde através da aquisição por importação direta bem como na compra dos reagentes no mercado nacional;
- compromisso firmado pelas empresas fornecedoras dos insumos em garantir condições para expansão da rede, com equipamentos automatizados e técnicas mais modernas e fornecer aos profissionais de laboratório, treinamentos e oficinas de reciclagem;
- garantia de assessoria técnica aos estados com dificuldades no processo de aquisição de reagentes;
- cadastramento dos laboratórios públicos estaduais, federais, municipais e/ou universitários para realização dos testes de contagem de células T-CD4+ e quantificação da carga viral do HIV a fim de que possa ser garantido o ressarcimento dos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde;
- repasse de recursos do Ministério da Saúde para os gestores estaduais, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC, para o co-financiamento dos insumos de contagem de células T-CD4+ e quantificação de carga viral;
- remuneração dos procedimentos de quantificação da carga viral do HIV e contagem de células CD4+ aos laboratórios executores de acordo com o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS; e
- informatização dos laboratórios das redes visando controle dos exames realizados a nível local, estadual e federal por meio da disponibilização do *software* Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - Siscel.

#### Rede Laboratorial para Realização dos Testes de Genotipagem - Renageno

No ano de 2000, foi implantada uma rede nacional composta de Médicos de Referência em Genotipagem - MRG e laboratórios aptos a executar e interpretar o exame de genotipagem. Conhecida como Rede Nacional de Genotipagem - Renageno, esta rede vem utilizando a metodologia para detectar a ocorrência de resistência genotípica do HIV-1 frente aos anti-retrovirais, auxiliando na seleção de uma terapia de resgate mais adequada, em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Foram adquiridos seis mil testes de genotipagem para serem utilizados em um estudo operacional com vistas a subsidiar a implantação da rede.

A decisão de iniciar a implantação da Renageno por meio de um estudo operacional, além de ter o papel de subsidiar na escolha da melhor utilização dos testes de genotipagem, deu-se também pelo fato de que os reagentes necessários à realização dos testes disponíveis no mercado, não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa/MS.

#### Diagnóstico laboratorial das DST

Com o objetivo de desenvolver uma rede de monitoramento da susceptibilidade do gonococo, por meio de laboratórios de Saúde Pública no País, em 1996 foi firmado acordo entre a Coordenação Nacional de DST-Aids e a Organização Mundial da Saúde - OMS e Organização Panamericana de Saúde - OPAS por meio da Coordenação Internacional da Rede das Américas, representada pela Universidade de Ottawa no Canadá, que visa incluir o Brasil na rede Internacional de Susceptibilidade Antimicrobiana do Gonococo Coordenado pela OMS/OPAS.

Para a implantação deste Projeto, foi realizada a estruturação dos laboratórios nacionais de acordo com as características da rede internacional já formada. Definiu-se como principais objetivos da rede no Brasil, a introdução de novos métodos e a capacitação dos laboratórios de saúde pública e serviços de referência para a rede na utilização de testes para o diagnóstico da *N. gonorrhoeae*.

Inicialmente, foram identificados doze laboratórios para compor a Rede Nacional, existentes nas cidades de: São Paulo (dois centros), Manaus (AM), Fortaleza (CE), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Salvador (BA), Brasília (DF), Maceió (AL), Recife (PE), Florianópolis (SC) e Niterói (RJ). Entre estes, foram identificados dois laboratórios para a determinação da Concentração Inibitória Mínima - CIM, sendo o Laboratório Central do Distrito Federal e o Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto em São Paulo.

Para a realização destes objetivos estipulou-se duas fases do projeto:

- aquisição de equipamentos de laboratório necessários à implementação da rede, que teve início a partir de 1998 e conclusão em 1999; e
- aquisição de insumos de laboratório atendendo ao padrão de metodologia e procedimentos laboratoriais da rede internacional já formada (*Equipment Specifications for N. gonorrhoeae Diagnostic Laboratory Levels 1,2 and 3; NCCLS/WHO*), com início dos processos licitatórios em 1999 e conclusão em 2002.

Os procedimentos laboratoriais adequados proverão informações de extrema importância a médicos epidemiologistas e autoridades de saúde, as quais serão utilizadas para reformulações e redirecionamento das metodologias atuais para tratamento e diagnóstico da gonorréia, e subsidiar as recomendações das políticas de saúde.

As principais dificuldades apresentadas durante a implantação do projeto estão relacionados à demora nos processos licitatórios, que inviabilizaram a tomada de ações como treinamento e coleta das amostras, bem como seu processamento. A partir de 2002, com a conclusão dos processos de aquisição de insumos de laboratório, foram retomadas as ações para a implementação da rede, com previsão de capacitação dos profissionais dos doze laboratórios participantes, prevista para o mês de agosto de 2002. No primeiro semestre de 2002, iniciou-se a preparação do Sistema de Gerenciamento do Diagnóstico e Vigilância da Resistência do Gonococo aos Antimicrobianos para a captação de dados dos laboratórios da rede.

Além da implantação da Renageno, a CN-DST/Aids estará implantando a partir do segundo semestre de 2002, testes de biologia molecular para diagnóstico laboratorial das DST, por meio do projeto de Estudo da Prevalências e Frequências das DST em Gestantes, Industriários e Portadores de Sinais e Sintomas de DST. Além disto, está sendo realizada a estruturação da Rede Nacional de DST, que tem como objetivo principal a ampliação do acesso, implementação dos serviços de DST e criação de um banco de dados. Para atingir estes objetivos, a implantação da rede seguirá dois momentos:

- análise situacional dos serviços de DST (laboratórios), tendo como linha de base os municípios prioritários, onde serão verificados os pontos principais como capacidade instalada e nível de complexidade dos serviços, entre outros; e
- análise do banco de dados, identificação dos pontos críticos; definição de ações prioritárias e imediatas com relação ao diagnóstico laboratorial das DST.

## Treinamento a distância de profissionais de saúde

### Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública

O Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública - Telelab é responsável pelo treinamento das equipes técnicas dos laboratórios das redes pública e privada, dos CTA, das maternidades e das unidades da hemo-rede pública e privada. Esse sistema, implantado em 1997 pelo Ministério da Saúde, era inicialmente composto por oito cursos, complementados posteriormente pela segunda série em 1998, com o intuito de abordar novos temas relacionados com a qualidade de sangue nas Unidades Hemoterápicas do País.

O interesse demonstrado pelos países membros do Grupo de Cooperação Técnicas e Horizontal da América Latina e do Caribe - CGTH motivou a CN-DST/Aids a traduzir para o espanhol, em cooperação com a *Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe - Sidalac*, os oito cursos que compõem a primeira série de treinamento do Telelab, os quais tiveram o seu repasse feito na Reunião Anual do GCTH, realizada na cidade do Panamá, nos dias 15 e 16 de maio de 2001.

Em 2001, com o objetivo de completar a tradução dos dezesseis cursos da série Telelab, os oito cursos subsequentes que compõem a segunda série de treinamento do Telelab foram, em cooperação com a OPAS, também traduzidos para o espanhol.

Visando dar continuidade ao projeto e assegurar o acesso dos usuários às técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como complementar a série Telelab, a Coordenação Nacional DST/Aids dirigiu seus esforços no sentido de ampliação do sistema e, no segundo semestre de 2001, foram produzidos mais sete novos cursos os quais tem a finalização programada para o final de 2002:

- Fungos e Aids - Diagnóstico Laboratorial das Infecções Oportunistas;
- Parasitos e Aids - Diagnóstico Laboratorial das Infecções Oportunistas;
- Captação de Doadores de Sangue; Triagem Clínica de Doadores de Sangue;
- Imuno-hematologia - Testes Pré-transfusionais;
- Imuno-hematologia - Resolução de Problemas nos Testes Pré-transfusionais  
- Controle de Qualidade de Reagentes; e
- Tuberculose - Diagnóstico Laboratorial - Baciloscopia.

Desde o seu lançamento até 31 de julho de 2002, 1.109 instituições públicas e privadas inscreveram-se no Telelab e realizaram 55.815 treinamentos, dos quais 8.731 foram realizados em 1998; 13.413 em 1999, 16.718 em 2 mil, 11.264 em 2001 e 5.689 somente no primeiro semestre do ano de 2002.

### Sistema Nacional de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids

Com vistas à garantia de qualidade do diagnóstico laboratorial, foi implantado e implementado o Sistema Nacional de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids, que tem como principal objetivo avaliar a proficiência dos ensaios realizados nos laboratórios de saúde pública.

Atualmente, esse sistema realiza a avaliação externa da qualidade - AEQ das hepatites, da infecção pelo HIV, dos testes de carga viral do HIV e da contagem de células T (CD4+/CD8+), esta última implantada inicialmente com amostras cedidas ao Ministério da Saúde pelo *National Laboratory for Analytical Cytology*, em Ottawa, Ontário, Canadá. Desde janeiro de 2000, as AEQ para os testes de CD4/CD8 estão sendo realizadas com amostras brasileiras, após o resultado do estudo-piloto que subsidiou a implantação. Desde a sua implantação, em 1997, o Sistema de Garantia da Qualidade já efetuou 27 avaliações.

A primeira AEQ/HIV, realizada em 1997, serviu basicamente como um piloto para que se pudesse fazer as adequações necessárias visando ao ajuste da operacionalização das atividades por parte da Coordenação Nacional e dos laboratórios participantes e a definição dos critérios a serem adotados na análise dos dados. Observou-se que nas avaliações subsequentes foram obtidos percentuais de aprovação que variaram de 84,5 a 97,8%, resultados esses considerados bons pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids da Coordenação Nacional de DST e Aids. A adesão à AEQ variou de 77,0% a 93,1%. Cabe ressaltar que a participação das instituições públicas neste Programa de avaliação não é obrigatória. A CN-DST/Aids está elaborando uma portaria que regulamenta a rede de laboratórios que realizam os testes anti-HIV no País e institui a obrigatoriedade da participação em Programas de Avaliação Externa da Qualidade para todos os laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam estes testes.

Com relação ao Programa de Garantia da Qualidade dos Testes Sorológicos de Hepatites Virais, foram realizadas quatro avaliações até o momento. Dentre estas, uma delas por meio do envio de um painel aberto denominado Controle de Qualidade Interno - CQI/Hep. Observou-se uma adesão que variou de 69,4 a 88,7% e um percentual de aprovação que variou de 73,0 a 85,7%.

A Avaliação Externa da Qualidade para os testes de carga viral - AEQ/CV foi implantada no ano de 1998 e até o momento foram realizadas sete avaliações.

Os percentuais de aprovação variaram de 58,6 a 98,2% até o ano de 2002, resultados esses considerados bastante satisfatórios pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade para os testes de carga viral. Na penúltima avaliação realizada foi verificada uma queda do nível de qualidade dos laboratórios. Quando isso ocorre, é feita uma intervenção no sentido de reciclar as equipes técnicas e realizar vistorias nos laboratórios para detectar eventuais problemas.

Como norma das AEQ, a participação dos laboratórios é espontânea e foi verificado que a adesão variou de 86 a 95%.

A Avaliação Externa da Qualidade dos Testes para Quantificação dos Linfócitos T CD4+/CD8+ foi implantada no ano de 1999. Até o momento, foram realizadas cinco avaliações. Os percentuais de aprovação variaram de 77,1 a 88% e a adesão variou de 75,0 a 92,8%, resultados esses considerados bastante satisfatórios pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade para os testes de contagem de linfócitos T CD4+/CD8+.

Em março de 2002, foi realizada a quarta avaliação em conjunto com *National Laboratory for Analytical Cytology*, com um nível de adesão em torno de 90% e os resultados conclusivos serão enviados diretamente aos laboratórios participantes, mas sabe-se que o Brasil obteve desempenho superior aos países participantes.

Encontra-se em fase de implantação o módulo para Avaliação Externa da Qualidade para os testes de genotipagem - AEQ-Geno.

Os dados apresentados revelam e enfatizam a importância das atividades do Programa de Garantia da Qualidade, como ferramenta para a melhoria e padronização das metodologias usadas nacionalmente para o diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HIV.

Monitoramento da resistência do HIV aos anti-retrovirais em pacientes sob tratamento

Com relação ao monitoramento da resistência do HIV frente aos anti-retrovirais, a Coordenação Nacional promoveu o desenvolvimento de um estudo piloto em 2001, que teve como objetivos: determinar se a falha terapêutica em pacientes em uso de combinação potente de anti-retrovirais está associada à resistência genotípica e testar metodologias rápidas de determinação de resistência genotípica aos genes da transcriptase reversa (TR) e da protease (Pro).

Projeto de vigilância da resistência genotípica primária do HIV-1 frente aos anti-retrovirais - Revire

Este projeto foi desenvolvido com as amostras dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. A implantação do projeto de vigilância da resistência genotípica do HIV-1 frente aos anti-retrovirais tem como objetivos: determinar a prevalência de cepas resistentes do HIV em indivíduos que ainda não iniciaram o tratamento, nos CTA participantes em diferentes regiões do Brasil comparando-se o perfil de resistência em indivíduos com infecção recente e infecção crônica estabelecida; determinar a prevalência de subtipos do HIV em amostras provenientes dos CTA participantes, nas diferentes regiões do Brasil, baseada na análise da seqüência genética das regiões da transcriptase reversa e protease do gene pol comparando-se o perfil de subtipos em indivíduos com infecção recente e infecção estabelecida; e estimar a incidência da infecção pelo HIV nos grupos populacionais estudados por meio da metodologia *detuned*.

Nesse estudo, foram obtidos resultados de 535 amostras de um primeiro corte, ocorrido em final de 2001 e provenientes de treze CTA de oito estados brasileiros. As amostras foram seqüenciadas em duas regiões do gene pol, correspondentes à protease e à transcriptase reversa. Do total de amostras seqüenciadas na região da transcriptase reversa, sete (2,06%) apresentaram mutações de resistência à inibidores não análogos a nucleosídeos e oito (2,36%) apresentaram mutações de resistência aos inibidores análogos a nucleosídeos. Na região da protease das 345 amostras seqüenciadas, oito (2,24%) apresentaram mutações de resistência aos inibidores da protease.

Comparados aos dados internacionais, os resultados obtidos neste estudo mostraram uma baixa frequência de mutações relacionadas à resistência a anti-retrovirais, na população de indivíduos que ainda não iniciaram o tratamento.

Com relação à distribuição de subtipos do HIV-1, foram seqüenciadas as duas regiões do gene pol, transcriptase reversa e protease, de 279 amostras. Destas, 153 (55%) cepas foram do subtipo B, 74 (26%) do subtipo C, 13 (4,7%) do subtipo F e 39 (10%) apresentaram genomas com discordância entre as duas regiões (mosaicos).

Projeto de desenvolvimento de ferramentas em bioinformática

Recém-iniciado o projeto de bioinformática é um projeto que envolve a cooperação com o Instituto de Matemática e Estatística da USP - IME e com *Los Alamos National Laboratory/EUA*, e tem como objetivo a construção de

um banco *data warehouse* onde informações de diversos sistemas serão armazenadas de forma organizada e posteriormente analisadas por meio de ferramentas específicas, dando respostas a perguntas fundamentais ao direcionamento das ações da CN-DST/Aids no combate a epidemia de Aids.

#### Projeto de desenvolvimento de *Western-Blot* e testes rápidos

O Ministério da Saúde vem alocando recursos financeiros para o desenvolvimento dos testes rápidos e *Western-Blot* para a detecção de anticorpos anti-HIV, com o objetivo da produção destes insumos na Fundação Oswaldo Cruz e posterior distribuição para os laboratórios da rede pública, a exemplo do que hoje é feito com os testes de imunofluorescência indireta. A previsão para o início da produção dos testes *Western-Blot* é para o final de 2002 e os testes rápidos no final de 2003.

#### Vigilância epidemiológica

A epidemia do HIV/Aids teve um comportamento diverso em relação aos períodos anteriores. Observou-se a estabilização dos casos em HSH e um grande aumento entre heterossexuais, com a progressiva participação das mulheres no quadro epidemiológico. As tendências de pauperização e interiorização se consolidaram; desacelerou-se a velocidade de crescimento da epidemia, com tendência à estabilização da taxa de incidência, e caíram as taxas de mortalidade por Aids.

Nesse período, a implementação das ações de vigilância epidemiológica se focalizou principalmente na implementação de sistemas de informação; na capacitação de recursos humanos; na definição de novas estratégias de vigilância do HIV, com incorporação de novas populações; no fortalecimento da vigilância comportamental; na diversificação dos estudos epidemiológicos e na descentralização das ações de vigilância epidemiológica do HIV/Aids.

#### Vigilância da Aids

A vigilância da Aids segue com base na notificação compulsória nominal, fazendo parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. A oferta universal de anti-retrovirais contribui para a qualidade dessa vigilância e baixa subnotificação, e para sua implementação foram adotados os procedimentos a seguir:

- Revisão dos critérios de definição de casos de Aids em adultos e crianças, com incorporação de novos critérios clínicos e laboratoriais. Essa revisão garantiu uma maior sensibilidade do sistema de informação sem perda da especificidade.
- Incorporação de uma nova hierarquização das categorias de exposição. As categorias de exposição múltiplas que envolvem o uso de drogas injetáveis e transmissão sexual passaram a ter, como categoria de exposição principal, o uso de drogas injetáveis, e os casos em menores de um ano, com categoria de exposição ignorada, foram reclassificados para perinatal. A partir dessa modificação, acentuou-se a redução da participação dos HSH, já observada em toda a década de 1990, e o incremento da exposição entre usuários de drogas injetáveis.
- Correção do atraso de notificação dos casos de Aids, por meio de um modelo não paramétrico. Supondo-se que tais estimativas estejam corretas, 14,8% dos casos diagnosticados de 1996-2001 ainda serão notificados ao Ministério da Saúde ao longo dos próximos meses e anos.

- Mudança de plataforma do sistema informatizado de DOS para *Windows*. Esse novo sistema vai viabilizar também a notificação de gestantes/parturientes HIV+ e crianças expostas, bem como a notificação de soropositivos. Está em processo de implantação a versão 4.0.

#### Vigilância do HIV

A vigilância do HIV é composta por uma série de estratégias que se complementam. Há um esforço voltado para a implantação/implementação da vigilância de segunda geração do HIV com o objetivo de identificar não só as tendências da infecção pelo HIV, como também as tendências do comportamento, para melhor compreender a dinâmica da epidemia. Nesse sentido, foram priorizadas as atividades a seguir:

- Implantação/implementação da vigilância da gestante/parturiente HIV+ e crianças expostas com o objetivo de conhecer, o mais precocemente possível, o estado sorológico das mesmas, para início oportuno da terapêutica materna e profilaxia da transmissão vertical e, ainda, acompanhar o comportamento da infecção entre gestantes e parturientes e crianças expostas para planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle. Essa vigilância está implantada em todo País, mas por dificuldades relacionadas com o *software* do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan, observa-se problemas na transferência dos dados para o nível central.
- Ampliação dos estudos de prevalência do HIV em parturientes. A definição da amostra para o ano de 2002 atende ao objetivo de se obter estimativas da prevalência em parturientes e estimativa do número de infectados de 15 a 49 anos no Brasil. O tamanho da amostra total de 38 mil parturientes para o Brasil vai permitir estimar a proporção de infecção pelo HIV com erro bilateral aproximado de 0,7/1000. Além da testagem do HIV, foi incorporada a testagem para sífilis e hepatites B e C. O estudo de 2002 também possibilitará a estimativa do número de infectados por macrorregião e ainda a avaliação da cobertura do pré-natal e da testagem para o HIV.
- Implementação da vigilância do HIV em clínicas de DST localizados em diferentes regiões brasileiras para monitorizar a soroprevalência do HIV na população masculina de 15 a 49 anos de idade que utiliza essas clínicas. O último corte foi realizado no primeiro semestre de 2001, estando um novo corte previsto para o segundo semestre desse ano.
- Recomendação para expansão de estudos-sentinela para estados e municípios, a partir de 2002. Ainda não temos informações da viabilização desses estudos nesses níveis.
- Implantação do Sistema de Informação dos Centros de Testagem Sorológica e Aconselhamento em Aids SI-CTA, a partir de fevereiro de 2002, em 158 (75%) de um total de cerca de 210 CTA estruturados em todo o País. Este sistema garantirá dados necessários sobre a evolução das prevalências da infecção pelo HIV em populações de risco acrescido. Os CTA passam a ser concebidos como sítios-sentinela de acesso para a realização da vigilância comportamental e sorológica do HIV, sífilis e hepatite B, com possibilidades de acompanhar os níveis de infecção do HIV em alguns recortes populacionais e, ainda, a evolução dos comportamentos entre os grupos de risco acrescido de transmitir/adquirir o HIV, o que vem a se constituir uma vigilância de segunda geração. Se, por um lado, um dos maiores obstáculos no acompanhamento da epidemia do HIV utilizando-se o SI-CTA é a representatividade do grupo submetido ao teste com relação à população

maior, por outro, é possível realizar uma série de estudos especiais acerca dos potenciais fatores determinantes e condicionantes do maior ou menor risco de transmissão do HIV segundo variáveis selecionadas.

- Participação na construção do sistema de hemo-vigilância junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e com outras instituições, com o objetivo de conhecer os incidentes relacionados à transfusão e à sua prevalência, a fim de que possam ser introduzidas medidas corretivas e preventivas que contribuam para aumentar a segurança transfusional. Ficou estabelecido que todos os casos suspeitos de HIV/Aids por transfusão serão investigados dentro das normas e procedimentos estabelecidos, de acordo com instrumentos próprios e envolvendo profissionais de vigilância epidemiológica e sanitária.
- Desenvolvimento de pesquisas comportamentais e sorológicas em conscritos. Essas pesquisas vêm sendo realizadas em cooperação técnica com o Exército Brasileiro desde 1996, quando da apresentação dos jovens brasileiros às Comissões Militares. A importância dessas pesquisas reside no fato de que grande parte da população atingida pela doença adquiriu a infecção entre 15 e 24 anos de idade. No ano de 2002, além do HIV, as amostras foram testadas para sífilis e hepatites B e C, permitindo conhecer a prevalência desses agravos e identificar fatores comportamentais associados, para subsidiar medidas de prevenção e controle voltadas para a população jovem. No ano de 2002, foram publicados artigos que mostram os resultados das pesquisas realizadas entre 1996 e 2000 (Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2000 - Retratos de Risco do Jovem Brasileiro à Infecção pelo HIV).
- Testagem laboratorial com a técnica do *detuned*, para todas as amostras coletadas nos estudos de parturientes e conscritos, com a finalidade de conhecer a infecção mais recente, de maneira a conhecer o risco dessas populações em relação à infecção pelo HIV.
- Notificação universal do HIV. Para reforçar a necessidade de ampliação da vigilância da infecção pelo HIV, o Ministério da Saúde recomenda a implantação, por estados e municípios, da vigilância da infecção pelo HIV, utilizando o *Sinan Windows* como ferramenta. Esta estratégia se segue à implementação da vigilância em gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas e permitirá a estados e municípios disporem de informações sobre a infecção pelo HIV para análises integradas a outras fontes de informação, como a vigilância comportamental. Atualmente, esta estratégia já vêm sendo adotada por alguns serviços de vigilância em nível de estados e municípios, utilizando outras ferramentas para interface de dados (exemplo: EPI-INFO). Além de ampliarem os olhares da vigilância, esta estratégia permitirá uma análise mais acurada sobre a assistência prestada às pessoas infectadas pelo HIV. Também foi estimulado o uso de informações sobre indivíduos soropositivos a partir de registros de laboratório.

#### Vigilância das DST

Está em processo de consolidação e expansão a notificação, de três síndromes (uretrites, cervicites e úlceras genitais) e três doenças específicas (sífilis, herpes genital e infecção pelo HPV), por meio do *Sinan*.

Um estudo de prevalências das DST está em fase de aquisição de materiais, equipamentos e insumos e treinamento das equipes locais que permitirão o início dos trabalhos de campo ainda no segundo semestre de 2002. Esse estudo,

com base na metodologia-sentinela, utilizará avançada tecnologia para o diagnóstico laboratorial e o conseqüente estabelecimento das prevalências e frequências relativas de sífilis, herpes, cancro mole, gonorréia, clamídia, tricomoníase, HPV, hepatites B e C e HIV em gestantes, industriários e portadores de DST. Será executado, com apoio do governo alemão, em seis grandes capitais brasileiras (Manaus, Fortaleza, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre).

Para implantação e implementação dessas vigilâncias, foram diversificados os estudos epidemiológicos, com estimativas do número de infectados em gestantes, indivíduos de 15 a 49 anos e crianças de 0 a 14 anos; estudos de sobrevivência em adultos e crianças; estudos de mortalidade etc.

- Foram realizadas Reuniões Nacionais de Vigilância Epidemiológica com a participação de todos os estados e municípios prioritários para apresentação da situação atual da vigilância e discussão de ações estratégicas, como as novas definições de caso, a notificação do HIV e a vigilância de segunda geração.
- Dentre outras atividades, também foram realizadas reuniões macrorregionais para implantação da vigilância de gestantes e crianças expostas; do sistema de informação do CTA; da vigilância das DST; estudos de prevalência em parturientes, em clínicas de DST e entre conscritos do Exército Brasileiro.
- Capacitação em Recursos Humanos - foi desenvolvido e validado um Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em HIV/Aids com carga horária de 40 horas. Com essa metodologia, foram capacitados até o momento 647 técnicos de vigilância epidemiológica e já estão previstas capacitações para mais 420 pessoas.
- Ampliação da tiragem e revisão do Boletim Epidemiológico de Aids, com redefinição de tabelas e incorporação de gráficos e análises por macrorregião.

Quanto à vacinação, as principais ações desenvolvidas foram:

O comitê de vacinas foi reestruturado, com o envolvimento de novos parceiros e de representantes de áreas ligadas ao desenvolvimento e produção de vacinas.

Foi criado um grupo matricial na CN, em conjunto com a área de pesquisa, para acelerar e compatibilizar as atividades com demais áreas da CN. Foi realizada uma atualização do plano nacional de vacinas, por membros do comitê e da CN.

Parcerias internacionais, como instituições interessadas no desenvolvimento de estudos com produtos vacinais, foram implementadas neste período, tendo como principais interlocutores a ANRS (*Agence Nationale de Recherches sur le SIDA - ANRS*), francesa. A ANRS assinou um convênio de cooperação em vacinas com o Brasil que vem somar-se às demais atividades de colaboração em andamento.

A *Internacional Aids Vaccine Initiative - IAVI* assinou um convênio, em julho de 2002, que prevê colaboração na esfera de política de acesso e garantia de financiamento de estudos vacinais, de reforço à implementação de testes no Brasil e no desenvolvimento de produtos vacinais.

A *Fogarty Internacional*, tem colaborado com pesquisa em Aids no País há algum tempo e está elaborando um protocolo com a CN que envolverá estímulo à pesquisa preparatória na área de vacinas.

A Organização Mundial da Saúde apresenta-se como um parceiro histórico, com contatos iniciais com vistas ao envolvimento do País em iniciativas com vacinas. Financiou estudos de sero-incidência e de caracterização laboratorial na década de 1990, contribuiu para criação da Rede Nacional de Isolamento e Caracterização do HIV-1 e intermediou a participação nacional em um estudo de fase 1 com produto vacina.

## Gestão das Ações do Programa

- Implementação das ações do Programa Nacional de DST e Aids em 26 estados e Distrito Federal e em 150 municípios, atendendo a toda a população brasileira, abrangendo 70% dos casos de Aids, notificados.
- Metodologia de planejamento estratégico para o HIV/Aids e outras DST no Brasil. Essa metodologia foi elaborada em 2000 e já está sendo aplicada nos estados. Estão em fase de conclusão os planos estratégicos dos 26 estados e Distrito Federal para o período de 2003 a 2005. A partir daí, e já previsto para os meses de novembro e dezembro, terá início a construção do Plano Estratégico Nacional do Programa de DST e Aids, para o mesmo período.
- Estudo de contas nacionais. Elaborado com o apoio do Funsalud/ Sidalac do México, com recursos da UnAids, para os anos de 1999 e 2000, envolvendo os gastos públicos e privados em HIV/Aids no Brasil. Um novo estudo, o qual deve abranger os anos de 2001 e 2002, já está sendo preparado.
- Política de financiamento das ações em HIV/Aids e outras DST. Transferência fundo-a-fundo na forma de incentivo. O processo de negociação está concluído com as principais instâncias do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Sociedade Civil. A minuta da Portaria do incentivo foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT em 14.08.2002. Neste momento, a CN prepara as oficinas de trabalho para capacitação dos estados e municípios selecionados de acordo com critérios previamente definidos, esse processo de capacitação, direcionado aos 26 estados, Distrito Federal e 411 municípios, tem por objetivo preparar estados e municípios para as etapas de qualificação à política de incentivo e elaboração do plano de ações e metas de acordo com as normas a serem publicadas por Portaria Ministerial.
- Comissão de gestão das ações de DST/HIV/Aids - Instituída pela Portaria Ministerial nº 992/GM de 1º de setembro de 2000, é a instância de pactuação de ações e metas do Programa Brasileiro de DST e Aids.
- Novo acordo de empréstimo Aids III. Proposta aprovada pela Comissão de Financiamento Externo - Cofix/MP, em junho de 2002. Atualmente a CN-DST/Aids está elaborando o documento detalhado do Projeto Aids III, em parceria com os diferentes atores envolvidos na operacionalização das ações do Programa.
- Institucionalização da Coordenação Nacional de DST e Aids. Em fase de negociação, a institucionalização na forma de Departamento, como parte do plano de sustentabilidade das ações do Programa Nacional de DST e Aids.

## Área de informática

Nessa área, foram desenvolvidos sistemas de informação que provesses bases de dados para a produção de indicadores auxiliares no controle da epidemia de HIV/Aids e na instrumentalização das unidades da coordenação, das unidades de dispensação de medicamentos e de laboratórios para a operação desses sistemas.

## Principais sistemas informatizados desenvolvidos

- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Siclom;
- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - Siscel;

- Sistema de Informação da Rede Nacional de Genotipagem - Sisgeno;
- Sistema de Informação de Centros de Testagem e Aconselhamento - Sicta; e
- Sistema de Monitoramento e Avaliação de Projetos - SMA.

Principais ações desenvolvidas na área de treinamento

#### Projeto UniversidAids

Integram esta modalidade, projetos de capacitação propostos por instituições de ensino superior que tenham como população-alvo alunos e professores de cursos de graduação e pós-graduação, profissionais da saúde e áreas afins e agentes comunitários de saúde, potencialmente multiplicadores de informações.

Aproximadamente, 27.500 profissionais das áreas da saúde e educação e de outras áreas correlatas foram capacitados.

Comitê de Avaliação do Projeto UniversidAids e assessores técnicos da Unidade de Treinamento da CN DST/Aids-MS.

Visando, ainda, a importância da formação de pesquisadores na abordagem e adoção de várias metodologias utilizadas na área da saúde pública a CN DST/Aids promoveu dois cursos de Metodologia de Pesquisa em Aids, destinados a profissionais brasileiros e latino-americanos, respectivamente, nos quais foram apresentados os vários tipos de desenho de pesquisa epidemiológica, tanto quantitativa como qualitativa, as possibilidades de uso de cada delineamento, as vantagens e desvantagens e o tipo de análise estatística mais adequado a cada um deles.

#### Implantação de diretriz pedagógica

A prioridade foi a definição de diretriz pedagógica coerente com os objetivos de melhoria da qualidade das capacitações em DST/Aids e capaz de promover um impacto na transformação da prática pedagógica. Para tanto, adotou-se a metodologia da problematização que propicia ao sujeito uma reflexão-transformação da sua realidade por meio do reconhecimento e instrumentalização do seu próprio saber. Como parte do processo de implantação e descentralização da diretriz pedagógica, foram realizadas oito oficinas macrorregionais que capacitaram 212 profissionais multiplicadores da metodologia da problematização. Formou-se uma rede referenciada de profissionais e instituições e, atualmente, os estados estão assumindo este processo por meio da realização de oficinas pedagógicas. Até julho de 2002, cinco estados já haviam realizado oficinas pedagógicas e outros cinco prevêem realizar até dezembro de 2002.

Cabe ressaltar que a implantação desta diretriz pedagógica trouxe impacto também para a qualidade das ações pedagógicas desenvolvidas diretamente pela Coordenação Nacional, objetivando o constante aprimoramento de suas ações e estratégias. Neste sentido, as principais ações implementadas foram:

#### Transmissão vertical do HIV

Foram desenvolvidas estratégias de capacitação relacionadas ao Projeto Nascer - Maternidades com vistas à redução da transmissão vertical do HIV com a utilização de teste rápido. O desenvolvimento das capacitações incluiu a elaboração de material instrucional e cartilha para as equipes das maternidades, bem como a capacitação de multiplicadores em nível nacional, em um segundo momento, a capacitação de multiplicadores em nível estadual responsáveis pela capacitação das equipes de sala de parto das maternidades.

## Profilaxias do DST/HIV/Aids/hepatites virais em situações de violência e outras formas de exposição sexual

Em parceria com o Programa de Saúde da Mulher, foi estabelecido um processo de estruturação, acreditação e capacitação de uma rede de serviços para uso de profilaxia pós-exposição com anti-retrovirais para pessoas vítimas de violência sexual e exposição acidental entre casais sorodiscordantes para o HIV. Para isso, a Norma Técnica sobre Violência Sexual do Ministério da Saúde foi revista e atualizada, com a inclusão dos critérios para uso de ARV em situações bem definidas, bem como os parâmetros para acompanhamento clínico, laboratorial e psicossocial das pessoas expostas.

Foi também estruturada a Rede de Assistência e Uso de Profilaxias do HIV após exposição sexual e realizada a capacitação dos profissionais de saúde dos serviços de referência à vítimas de violência e exposição sexual, dos estados e municípios, para o uso de profilaxias de DST/HIV/Aids/hepatites virais em situações de violência e outras formas de exposição sexual.

### Renageno

No intuito de garantir a promoção de saúde dos portadores de infecção pelo HIV por meio de respostas ágeis e adequadas à volatilidade e poliformismo desse agravo de saúde pública, a Coordenação Nacional adotou medidas que representaram um grande desafio, revelando assim, o compromisso com as pessoas que vivem com HIV/Aids no País, implantando a Rede Nacional de Genotipagem - Renageno.

Foi planejada e reestruturada a capacitação dos profissionais Médicos de Referência da Renageno nos estados e municípios.

### Consenso

Em 2001, tendo em vista os novos conhecimentos da patogênese do HIV, surgimento das novas drogas e a complexidade crescente da terapia anti-retroviral e o manejo clínico das pessoas portadoras de HIV/Aids, por parte dos profissionais de saúde, com o objetivo de instrumentalizar e atualizar os médicos e outros profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência aos indivíduos portadores do HIV/Aids, foram realizadas capacitações para a utilização adequada das recomendações técnicas e logísticas estabelecidas nos novos documentos terapêuticos de consenso adulto/adolescente, gestantes e crianças.

### Gênero, drogas e Aids

Em virtude da dinâmica e perfil das DST/HIV/Aids entre as mulheres e a baixa percepção das mesmas, na vulnerabilidade das DST/HIV/Aids e a abordagem dessa patologia nos serviços pelos profissionais de saúde, fez-se necessária a capacitação nesse tema, como forma de promover a reflexão e o desenvolvimento de ações específicas para essa população.

Para tanto, foi realizada uma oficina técnico-pedagógica para elaboração de material instrucional para capacitação dos profissionais de saúde dos programas do PACS/ PSF, Saúde da Mulher, Saúde Mental e HIV/Aids, na abordagem de gênero, drogas e Aids, garantindo assim a intersectorialidade e a integralidade das ações dos programas de saúde envolvidos.

## Revisão e adequação metodológica do material instrucional de DST

Visando a melhoria da qualidade e o aumento do impacto das ações de capacitação para a prevenção, assistência e controle das DST no Brasil, foi reformulado o processo educativo relacionado à capacitação sobre abordagem sindrômica das DST, no intuito de otimizar e atualizar o processo ensino/aprendizagem, levando em consideração a necessidade de descentralização e integração das atividades de ensino/serviço/comunidade.

### Mestrado profissionalizante

Foi elaborada uma proposta de programa de mestrado profissionalizante em HIV/Aids

### Educação a Distância

No período, foi consolidada proposta de educação à distância e avaliadas as propostas apresentadas no processo de licitação e concorrência, obedecidos os prazos e critérios legais.

O objetivo de tal curso é fortalecer a capacidade gerencial e de planejamento estratégico e operacional, bem como de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas nos estados e municípios integrados ao Programa de DST/Aids. Esta modalidade de capacitação visa à maior difusão e apropriação de conhecimento e resolutividade dos problemas e questões emergentes no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids.

Este curso pretende atingir profissionais diversos de saúde, ativistas e/ou representantes da sociedade civil com população estimada em 1.500 alunos das várias regiões do País. Tal proposta conta com contribuições do Programa de Saúde da Família, da Criança e Adolescente e da Mulher, e do PACS.

.....

A trajetória da disseminação do HIV e da Aids no Brasil vem sofrendo constantes alterações em seu curso devido, em parte, à história natural da infecção, com suas implicações sociais, culturais e biológicas e, em parte, à resposta do Governo e da sociedade civil à epidemia.

## Concepção

A epidemia, que teve início no País nos primeiros anos da década de 1980, com o primeiro caso notificado, retrospectivamente, no ano de 1980, cursou a primeira metade da década, basicamente, restrita às categorias de exposição de homens que fazem sexo com homens (HSH), hemofílicos e hemotransfundidos, evoluindo, posteriormente, para os usuários de drogas injetáveis (UDI).

Na segunda metade da década de 1980, a epidemia passa a afetar um número crescente de indivíduos com prática heterossexual, com conseqüente aumento entre as mulheres. Outra característica desse período foi a expansão geográfica, saindo do eixo Rio - São Paulo e outras grandes regiões metropolitanas, e dirigindo-se para cidades de porte médio, inicialmente nos estados das regiões Sul e Sudeste e, posteriormente, Nordeste e Centro-Oeste.

A década de 1990 foi marcada por duas características principais: a forte heterossexualização, que passou a ser a principal forma de infecção a partir do ano de 1994 e, dentro dessa característica, o acentuado crescimento da Aids entre mulheres, e a pauperização.

Quanto ao processo de pauperização, a escolaridade tem sido utilizada como uma das variáveis para monitorar a mudança no perfil dos indivíduos afetados pela epidemia. Até 1982, 100% dos casos (entre pessoas com escolaridade

conhecida) tinham nível superior ou 2º grau completo. Hoje, quase 80% dos casos de Aids têm apenas até oito anos de estudo, incluindo uma proporção significativa de analfabetos. As taxas de incidência de Aids dos indivíduos com até oito anos de estudo vem aumentando progressivamente, aproximando-se daquelas observadas para os de maior escolaridade, sendo que, na Região Sudeste, entre os homens, já ultrapassou aqueles com maior escolaridade desde 1994.

Transcorridos 22 anos do primeiro caso de Aids no Brasil, totalizam-se 222.356 casos notificados, 162.732 (73,2%) do sexo masculino e 59.624 (26,8%) do sexo feminino, sendo que, no ano 2001, a proporção de casos entre os sexos, que foi de 25 casos masculinos para cada feminino em 1985, já indicava uma razão de 2 homens para cada mulher notificada.

A heterossexualização da epidemia de Aids é, evidentemente, um reflexo do comportamento sociossexual da população, em sua ampla maioria heterossexual. Já a feminização parece envolver, além da maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma desigualdade claramente observável na distribuição de poder entre os gêneros. Também a mulher se considera menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos, inicialmente denominados, grupos de risco.

A epidemia de Aids no Brasil continua a ser do tipo concentrada, uma vez que os diversos estudos de prevalência do HIV, como os estudos-sentinelas parturiente, em clínicas de DST, entre os conscritos do Exército, estudos específicos em populações de risco acrescido, ou o acompanhamento da rotina dos centros de testagem e aconselhamento, permitem-nos afirmar que a prevalência do HIV ainda não está bem estabelecida na população geral. A prevalência do HIV é menor que 1% entre gestantes e se mantém constante, em torno de 5% em outros subgrupos.

O Programa vem sendo implementado de forma adequada às demandas sociais e de maneira efetiva em suas ações.

A parceria entre o Governo e a sociedade civil é um dos pilares da política brasileira para o controle da epidemia e uma das razões do êxito do Programa.

O trabalho conjunto entre Governo e organizações não-governamentais foi uma estratégia inteiramente inovadora e distinta da posição tradicional.

#### O uso do preservativo

Nos últimos anos, o uso do preservativo vem aumentando consideravelmente no Brasil. Em pesquisas realizadas a partir de 1999, foi identificado que:

- 24% dos indivíduos sexualmente ativos referiram o uso consistente do preservativo - 1999;
- jovens de 16 a 25 anos são os que reportam mais freqüentemente o uso do preservativo, 44% referem o uso consistente nos últimos doze meses - 1999;
- a freqüência de uso do preservativo na primeira relação sexual foi observada em 48% da população, esse valor ascende a 57% nos estratos socioeconômicos mais altos e 71% entre os de maior grau de instrução - 1999;
- nas relações sexuais com parceiros eventuais, 63% dos homens e 69% das mulheres referem o uso do preservativo - 1999;
- fazem uso consistente do preservativo com os clientes 80% da população de profissionais do sexo - 2001;

- referem o uso consistente do preservativo nas relações sexuais 45% dos UDI dos programas de redução de danos - 2000; e
- dos 800 HSH entrevistados 44% foram da opinião que o uso de preservativo está igual, 44% de que o uso aumentou e 10% que diminuiu - 2001

Para o alcance de tais indicadores o Ministério da Saúde tem ampliado a compra pública de preservativos, encaminhando em 2002, uma compra de 300 milhões de unidades.

Nesse sentido, além das atividades de intervenção das organizações da sociedade civil, a CN vem implementando políticas que visam a redução do preço e aumento do preservativo ao consumidor final, política que visa a ampliação e diversificação do mercado, ações de marketing social e negociação junto aos produtores e estabelecimentos comerciais de preservativo a preço popular.

Desde 1992, quando foi elaborado e encaminhado para o Ministério da Fazenda o documento de Propostas de medidas fiscais e tributárias para a expansão do mercado de preservativos no Brasil aponta-se os seguintes avanços:

#### Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI

- Redução para alíquota zero em março de 1994, comparado à alíquota de 15% em 1992.
- Imposto de Importação - II
- Redução do valor da alíquota de 40% em 1992 para 20% em 1994, 13% em 1997 e 12,5% em 2001.

#### Eliminação do contingenciamento para aquisição de látex nacional

- Contingenciamento para aquisição de látex nacional foi instituído em 1967 e extinto em agosto/97. Entre 1992 e 1995, o contingenciamento foi de 13%, e entre 1995 até sua extinção em 1997, o contingenciamento foi de 3%.
- Imposto sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços - ICMS
- as operações com preservativos estão isentas de ICMS desde dezembro de 1998.

Contudo, a quantidade de preservativos necessária para a cobertura das relações sexuais de alto e/ou médio grau de exposição ao HIV de homens sexualmente ativos e para o atendimento dos casais que usam o preservativo como método anticoncepcional gira em torno de 1,2 bilhão de unidades/ano. Esta estimativa exige esforços para que passemos o consumo per capita de 2,1 (no ano 2001) para 7,2.

Total de necessidades = 1.228.353.302

Consumo per capita estimado (mercado+distribuição gratuita) = 7,2

75,5% para o mercado = 928 milhões de preservativos

24,5% para distribuição gratuita = 300 milhões

A distribuição nacional do preservativo feminino pelo setor público representa 85% do total de preservativos em circulação, isto é, o setor público é responsável pela maior parte da distribuição e o faz de forma gratuita nos serviços de saúde e projetos da sociedade civil.

A inclusão de ações de sensibilização dos homens para o uso do preservativo masculino e conhecimento do feminino, facilitando o diálogo entre parceiros para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva, inclusive com experiências nos serviços de saúde e ONG parceiras, foi fundamental para facilitar a negociação sexual do uso do preservativo junto aos parceiros, inclusive para o uso do masculino. Ainda pode-se apontar como importante, a inserção deste insumo no kit básico das salas de planejamento familiar dos serviços de saúde da mulher, estimulando assim a dupla proteção e inserindo nestes espaços educativos a abordagem de prevenção às DSTs e HIV/Aids.

Número de Instituições que distribuem preservativo feminino por região - 2002 \*

Norte	45
Nordeste	111
Centro-Oeste	62
Sudeste	130
Sul	110
TOTAL	458

\* Dados até junho de 2002.

O trabalho desenvolvido, desde abril de 2000, apontou a importância da continuidade e ampliação da disponibilização do preservativo feminino e neste sentido o Ministério da Saúde adquiriu para 2001 mais 2 milhões de unidades, e para 2002, 4 milhões de unidades estão sendo adquiridas, duplicando, assim, o número de mulheres beneficiadas.

Aspecto do Programa que precisa ser melhorado

Suficiência de metas físicas: a proposta original apresentada pela CN é reduzida quando do encaminhamento ao Congresso Nacional. A redução ocorre somente nos valores dos recursos orçamentários, que são reduzidos em 50% ou mais em cada ação do Programa, mas as metas físicas não são reduzidas proporcionalmente, não ficando adequadas ao volume de recursos aprovado, indicando um custo unitário irreal. A quantificação da meta física se mantém na quantidade indicada na proposta original, correspondente a um volume de recursos muito menor do que a proposta original.

Desafios e perspectivas

Promoção à saúde

- Reduzir o coeficiente de incidência anual da Aids de quinze casos por 100 mil habitantes para dez casos por 100 mil habitantes.
- Aumentar em 100% o número de preservativos consumidos pela população brasileira e reduzir o preço do produto em 45%.
- Ampliar o acesso da população brasileira ao diagnóstico da infecção pelo HIV (de 1,8 milhão ano, para 7 milhões/ano).
- Promover a articulação entre a sociedade civil, Governo, Poder Judiciário e assessorias jurídicas para garantir os direitos fundamentais de pessoas vivendo com HIV e Aids e das populações mais afetadas pela epidemia.

- Garantir, por meio do SUS, o acesso universal das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV aos serviços de saúde, aos projetos e insumos de prevenção.

#### Assistência e tratamento

- Manter as taxas de mortalidade por Aids, no País, no patamar de seis óbitos por 100 mil habitantes.
- Garantir, a 100% das pessoas vivendo com HIV e Aids, assistência e tratamento de qualidade por meio da rede pública de saúde (estima-se 210 mil pessoas em 2006).
- Reduzir em 73% a taxa de transmissão vertical do HIV, da mãe para o filho, passando dos atuais 17% para 5%.
- Incentivar o desenvolvimento de novos medicamentos para o tratamento de pessoas vivendo com HIV e Aids.
- Reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis na população brasileira.

#### Fortalecimento institucional

- Ampliar em 160% o apoio a estados e municípios para a estruturação e execução das atividades de prevenção e controle das DST e Aids, cobrindo 90% dos casos de Aids do País.
- Consolidar o processo de institucionalização da Coordenação Nacional de DST e Aids, modificando sua estrutura organizacional de forma a garantir a qualidade da resposta do Programa Brasileiro de DST e Aids no combate à epidemia.
- Apoiar organizações não-governamentais para a execução das ações de prevenção e assistência às pessoas vivendo com HIV e Aids, assim como promover o desenvolvimento de ações que visem à sustentabilidade e à ampliação das atividades executadas.
- Apoiar iniciativas para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV/Aids, possibilitando acesso privilegiado do Brasil ao produto.
- Consolidar os acordos e práticas de cooperação externa, com vistas a buscar o estabelecimento de diretrizes e políticas globais para o enfrentamento da epidemia de Aids no mundo.

#### Aspecto da estratégia de implementação que precisa ser aperfeiçoado

Forma de repasse dos recursos: atualmente 2002, no Projeto Aids II - Acordo de Empréstimo BIRD 4392 - BR, os recursos são descentralizados para os 26 estados, Distrito Federal e 150 municípios mediante convênios. A partir de 2003, será implementada a política do Incentivo para Ações de DST e Aids, mediante o repasse fundo a fundo para os 26 estados, DF e 411 municípios gestores do SUS. Há que se aperfeiçoar o repasse para Organizações da Sociedade Civil - OSC e ONG

#### Diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST, HIV e Aids

Na implantação desta política foram consideradas estratégias e ações prioritárias desenvolvidas e implementadas nas áreas de: serviços de assistência a pacientes com DST/HIV/Aids; assistência em HIV/Aids em parcerias com a sociedade civil; ações de prevenção e controle das DST/HIV/Aids na comunidade e na rede básica de saúde; cuidados paliativos e saúde mental para pacientes com HIV/Aids; acesso aos medicamentos para tratamento da infecção pelo HIV,

infecções oportunistas e para o tratamento das DST; ações voltadas para a abordagem da síndrome lipodistrófica associada ao HIV; interações HIV-tuberculose, HIV-hepatites virais e outras co-infecções; adesão ao tratamento anti-retroviral na rede pública de saúde; avaliação da qualidade da assistência em serviços de HIV/Aids na rede pública de saúde; prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e ações voltadas à atenção a indivíduos com infecção pelo HTLV.

#### População carcerária

Em todo o Brasil existem cerca de 216 mil detentos, a grande maioria, em condições de vida muito precárias. A superlotação das celas impõe rodízios de sono, facilita a proliferação de doenças e a violência sexual e quase impossibilita a adoção de medidas com o objetivo de reintegrar essas pessoas à sociedade. A forma como o Brasil trata seus presos é, talvez, uma das maiores dívidas da sociedade brasileira para consigo mesma. Estima-se que cerca de 20% dos presidiários são portadores do HIV e outros 20% possuem hepatite B. E pelo menos 10% têm sífilis e hepatite C.

Neste ano de 2002, o Governo Brasileiro passou a adotar ações diferenciadas de saúde para a população prisional. O programa nacional de saúde dirigidos aos presos tem o objetivo de reverter a situação de saúde dos 216 mil detentos, principalmente, em relação à tuberculose e HIV/Aids. Para sua efetivação estão sendo criadas equipes de atenção básica para atuarem nas instituições prisionais, que conta com participação direta dos detentos na equipe de agentes de saúde. O modelo que passa a ser adotado junto aos presídios inspira-se no Programa de Saúde da Família - PSF.

---

### Implementação

O Programa Brasileiro de DST e Aids, aqui representado, inicialmente (2000) era composto por onze ações, das quais dez faziam parte do Segundo Projeto de Controle das DST e Aids - Acordo de Empréstimo BIRD 4392-BR, Projeto Aids II, e a 11ª ação era a Aquisição de medicamentos anti-retrovirais - ARV. Posteriormente, em 2002, foram agregadas duas ações do Projeto Aids II em outras duas já existentes, reduzindo para oito ações do Projeto. Para 2003, manteve-se as oito ações do Projeto Aids II, e criou-se mais uma exclusiva para o incentivo de repasse fundo a fundo.

Desde o orçamento 1999 até 2003, as propostas orçamentárias originais inicialmente elaboradas e apresentadas pela Coordenação Nacional do Programa ao Ministério da Saúde, sofriam cortes, e eram aprovadas com valores menores do que originalmente previstas. Por exemplo, em 1999, a proposta original para as dez ações do Projeto Aids II foi de R\$ 103 milhões, sendo que a proposta encaminhada, analisada e aprovada pelo Congresso Nacional foi de R\$ 45 milhões. Para 2002, a proposta original foi de R\$ 160 milhões e o aprovado foi de R\$ 80 milhões. Sempre ocorreram os cortes nos recursos orçamentários, mas não ocorreram os respectivos ajustes nos quantitativos físicos (metas) de cada uma das dez ações do Projeto. A necessidade de mais recursos orçamentários fez com que anualmente fosse solicitado crédito suplementar orçamentário, visando recompor o valor da proposta original. Anualmente, a Coordenação do Programa encaminhava uma solicitação de crédito suplementar, em geral até março de cada ano, o qual era aprovado e liberado somente em dezembro do mesmo ano, ficando um valor significativo em restos a pagar, para ser executado no ano seguinte. Uma outra dificuldade é que, com a aprovação do crédito em dezembro, último mês do ano, os tetos e limites de empenho e de execução financeira de recursos externos e internos encontram-se próximos de serem ultrapassados, ocorrendo anualmente perdas nos recursos orçamentários, por falta de teto para empenho pelo Ministério da Saúde.

As alternativas de solução podem ser:

- aumentar o teto mensal/anual (limite) para empenho e financeiro do Ministério da Saúde - MS, uma vez que o MS implementa mais de cinco grandes projetos com recursos externos, todos de importância e prioridades fundamentais;
- encaminhamento, pela Secretaria de Orçamento Federal - SOF, das solicitações de crédito suplementar no primeiro semestre do ano ao Congresso Nacional, para análise e aprovação antes do recesso de julho. Desta forma, haveria tempo para empenhar e implementar o projeto dentro do ano, atingindo as metas propostas e sem enormes volumes de recursos em restos a pagar;
- os projetos de acordos internacionais participantes do Avança Brasil, ficarem como extra teto orçamentário de empenho e financeiro; e
- os projetos do Avança Brasil devem ter prioridade sobre outros projetos, seja para empenho, seja para recursos financeiros.

As metas físicas tiveram seu cumprimento dentro do previsto, embora tenha-se considerado que os recursos financeiros liberados foram insuficientes. Tal consideração se deu em função de que ocorreram perdas de recursos orçamentários devido à falta de teto financeiro no Ministério da Saúde, para atendimento de todas as suas demandas, inclusive o Programa DST e Aids. Assim, a execução do orçamento 2002 foi de 97% e não 100%. Em algumas ações atingiu-se a meta prevista e em outras não.

O fluxo de recursos financeiros sofreu descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução programada devido ao planejamento do Programa e às alternativas de viabilização de recursos, com adiamento e aditamento de prazos de execução. Aproximadamente, mais de R\$ 60 milhões ficaram em restos a pagar, resultante da limitação financeira (tetos) ao Ministério da Saúde, que resultaram em limitações ao Programa. Os recursos orçamentários foram suficientes e conforme aprovado inicialmente e depois com o crédito suplementar, em junho de 2002. A limitação financeira ocorreu a partir de agosto de 2002.

O Programa Brasileiro é conveniado com os 26 estados, Distrito Federal e 150 municípios que executam ações descentralizadas, recebendo recursos do Projeto Aids II - Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR. A falta de recursos financeiros suficientes faz com que os recursos destinados aos conveniados sejam liberados em duas ou mais parcelas, somente em uma fonte (BIRD ou Federal) e somente em uma categoria econômica, atrasando a execução descentralizada pelos convênios. O Projeto Aids II possui categorias de despesas que exigem as duas fontes combinadas, em custeio e capital e em valores suficientes para que os conveniados realizem os respectivos empenhos (conforme Lei de Responsabilidade Fiscal não podem empenhar sem o respectivo valor financeiro disponível), para a aquisição de bens e de serviços necessários para a implementação das ações.

O desempenho físico das ações descentralizadas, via convênio com estados e municípios, teve desempenho abaixo do previsto, devido à falta de recursos financeiros para o Programa, que obrigou a liberação parcelada dos recursos previstos. Foi aprovado o crédito orçamentário em junho de 2002, mas após sua aprovação e liberação, ocorreu a insuficiência de recursos financeiros. Os convênios foram prorrogados no seu prazo de execução, para até 30.06.2003. O projeto Aids II também foi prorrogado para 30.06.2003, devido à falta de recursos financeiros e a grande alta do dólar que reduziu a estimativa de desembolso, em dólares do acordo, prevista para o ano de 2002.

O Ministério da Saúde - MS realiza aquisições centralizadas de preservativos, medicamentos, testes de diagnóstico e campanhas nacionais de informação sobre DST/HIV/Aids. A Coordenação Geral de Recursos Logísticos-CGRL/MS, que realiza a aquisição dos bens, já possui prática e procedimentos que agilizam a execução das licitações. As campanhas implementadas, são incluídas nas licitações realizadas pela Comunicação Social do Ministério da Saúde, destinadas para informação e divulgação. Estas licitações seguem os procedimentos da administração pública e têm tido ótimos resultados.

O monitoramento das atividades físicas realizadas de forma descentralizada é executado dentro da seguinte sistemática:

- os 26 estados, Distrito Federal e 151 municípios, que são os executores descentralizados, recebem seus recursos mediante convênio com o Ministério da Saúde - Fundo Nacional da Saúde/MS-FNS;
- os recursos são oriundos do orçamento do MS-FNS nas fontes externa 148 - BIRD e fonte interna federal;
- os valores dos convênios são originados na elaboração do Plano Operativo Anual - POA do Projeto Aids II, o qual segue uma matriz de programação organizada e hierarquizada do nível mais detalhado para o nível mais agregado de objetivo geral, incluindo as quantificações físicas de cada atividade e sua respectiva unidade de medida;
- o Projeto Aids II possui um sistema informatizado de gerenciamento, onde são declarados os avanços físicos e financeiros ocorridos em cada executor descentralizado, que são consolidados no sistema pela Coordenação Nacional;
- a 11ª ação é de aquisição de medicamentos, com sua meta indicada em número de pessoas que recebem o tratamento. A Coordenação Nacional/MS possui um sistema informatizado, onde o paciente possui um cartão magnético que utiliza para receber os ARV junto à rede de dispensação dos medicamentos. Desta forma, é bastante simples o monitoramento do número de pessoas tratadas com os medicamentos ARV.

A equipe de implementação do Programa no nível do Governo Federal, capacita-se periodicamente de maneiras diversas, via internet, correio eletrônico, em seminários, encontros, reuniões e outros eventos técnicos profissionais direta ou indiretamente ligados às questões de DST e HIV/Aids. O desempenho do Programa reflete o profissionalismo e capacidade de gestão, reconhecido nacional e internacionalmente pelos ótimos resultados alcançados ao longo dos últimos três anos.

As equipes dos executores descentralizados, estados e municípios, OSCs/ONGs e outras OGS, são regularmente treinadas e atualizadas permanentemente pela equipe central do Programa. Os resultados do Programa indicam que os executores descentralizados muito contribuem na sua execução.

Como forma de aprimorar a gestão estratégica e ampliar a participação de outras instâncias na formulação, execução, acompanhamento e avaliação de políticas de saúde para a prevenção e controle das DSTs e Aids, a CN-DST/Aids conta com diversas parcerias, com abrangência e atuação diferenciadas.

Objetivando garantir uma resposta mais global à epidemia de HIV e Aids, o Governo Brasileiro tem consolidado parcerias com os diversos setores sociais, com vistas a garantir o efetivo envolvimento destas áreas na formulação, execução, acompanhamento e avaliação das ações de prevenção e controle das DST e Aids.

Neste contexto, foi concretizada e fortalecida a cooperação entre o Governo Brasileiro e organismos de cooperação internacional multi e bilateral, assim como com países da América Latina, Caribe, África, Europa e América do Norte.

Entre as parcerias para a cooperação internacional possui destaque a instituída com os organismos do Sistema das Nações Unidas, por meio do Grupo Temático Ampliado da UnAids, que reúne, os seguintes instituições:

- Programa das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (preside o grupo temático no Brasil) - Unesco;
- Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS;
- Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher - Unifem;
- Fundo de População das Nações Unidas - FNUAP;
- Organização Internacional do Trabalho - OIT; e
- Programa das Nações Unidas - UNDCP.

#### Mecanismos de participação da sociedade

Hoje, pode-se afirmar que DST/Aids é um tema transversal em vários programas de saúde, tais como: hepatites, tuberculose, saúde da mulher, saúde da família, saúde mental, entre outros. O grande desafio é institucionalizarmos ações pontuais para que sejam sistematizadas enquanto diretrizes de atendimento à saúde.

- Direitos humanos, articulação com a sociedade civil e entre instâncias do SUS.

Seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a Coordenação Nacional de DST/Aids estabeleceu na sua política de atuação, uma agenda comum com as Organizações da Sociedade Civil - OSC. Este procedimento se deve também pelas respostas eficientes e mobilizadoras emitidas por estas últimas.

A efetivação desta parceria assume um caráter inovador, gerando, a partir de então, mecanismos que ampliaram a participação da sociedade civil na construção de respostas frente à epidemia de Aids. Estes mecanismos caracterizam-se principalmente por incorporar a contribuição de representantes de OSC na formulação de estratégias e ações que visam a promoção das políticas públicas de saúde e apoiar técnica e financeiramente a participação de representação em instâncias diversas, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

A Coordenação Nacional de DST/Aids investe na garantia dos direitos humanos para a prevenção e assistência ao HIV e Aids, reconhecendo que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, à educação, à informação refletem desigualdades sociais no Brasil, consideradas violações de direitos humanos. Neste sentido, a participação da sociedade é imprescindível para a promoção da política de Aids.

São muitos os desafios em torno da implementação de uma política de saúde para a prevenção ao HIV e Aids vinculada aos princípios de direitos humanos, uma vez que os assuntos que envolvem o tema são polêmicos e de difícil consenso ou abordagem, como por exemplo relativas a gênero, orientação sexual, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, população confinada, entre outros.

As interlocuções com a sociedade civil ocorrem a partir de três áreas complementares entre si, quais sejam:

- Rede de Direitos Humanos em HIV/Aids;
- Articulação com a sociedade civil organizada; e
- Sustentabilidade de ações da sociedade civil.

Outros mecanismos de participação da sociedade são:

- Empoderamento de pessoas soropositivas e de OSC;
- Interlocução do tema direitos humanos no campo político e jurídico;
- Articulação com Organizações da Sociedade Civil - OSC;
- Participação de representantes da sociedade civil em instâncias de formulação e execução de políticas de prevenção e controle das DST e Aids; e
- Fortalecimento de Fóruns e Redes de OSC.

De forma autônoma e independente, as OSC têm promovido o controle social e contribuído na construção de respostas sociais frente à epidemia. A sustentabilidade destas ações poderá garantir que a riqueza destas iniciativas desenvolvidas em todo o território nacional não seja interrompida, gerando prejuízos às intervenções e serviços oferecidos à população, especialmente às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Com o intuito de ampliar as possibilidades de captação de recursos das OSCs, de fortalecê-las institucionalmente e de criar e/ou fortalecer vínculos entre as mesmas e os serviços públicos de saúde, foram destacadas algumas prioridades com o objetivo de atender à necessidade de sustentabilidade das ações em Aids.

Estimulou-se os serviços locais a identificarem um profissional para fazer a articulação com as OSC, assumindo neste diálogo o papel de intermediador entre instituições, públicas ou privadas, que possam investir em projetos de OSC.

Foi ampliado o processo de descentralização da concorrência pública de projetos, sabendo que por meio dela promove-se e estende-se a interlocução entre Governo e sociedade civil.

Buscou-se o intercâmbio com pesquisadores e universidades que pudessem oferecer contribuições e indicações sobre captação de recursos, fundos públicos, planejamento estratégico, *marketing* social, entre outros temas.

Ainda, com o intuito de ampliar as possibilidades de captação de recursos das OSC, de fortalecê-las institucionalmente e de criar e/ou fortalecer vínculos entre as mesmas e os serviços públicos de saúde, foram realizadas várias atividades.

A participação e a articulação com OSC e seus representantes tem sido imprescindível, na medida em que interfere na formulação de políticas públicas. Neste sentido, é possível destacar os comitês, as comissões e os grupos de trabalho, existentes na esfera federal, que contam com a presença da sociedade civil:

- Comissão Nacional de Aids;
- Comitê Nacional de Vacinas Anti-HIV;
- Comitê Assessor para População de Baixa Renda;
- Comitê Assessor para Ações de Prevenção entre Homossexuais;
- Grupo Assessor para Prevenção às DST/Aids junto à população de mulheres; e
- Comitê Assessor para Ações de Prevenção Junto à População de Profissionais do Sexo.

Para algumas dessas representações, a indicação se dá a partir de encontros nacionais - o Encontro Nacional de ONG/Aids que acontece a cada dois anos com a indicação das entidades que irão fazer parte da Comissão Nacional de Aids, além do Comitê Nacional de Vacinas Anti-HIV e do Grupo Temático da UnAids no Brasil.

Ao lado das instâncias acima destacadas, é possível mencionar o apoio dispensado pela CN DST/Aids à formação de fóruns de ONG/Aids e às redes de pessoas vivendo com HIV/Aids.

Avaliação da satisfação dos usuários

O Programa possui a ação de Atendimento Disque Aids, a qual representa o atendimento via *telemarketing*, por equipe treinada para responder às questões da população em geral que demanda via telefone 0800-611997, que atende a mais de 2,5 milhões de ligações por ano.

O Programa também verifica a satisfação do usuário, mediante as respostas que recebe das diferentes populações-alvo beneficiadas, assim como o impacto e respostas às diversas campanhas realizadas.

O Programa recebe também uma votação extraordinária que o *site* da Coordenação Nacional - CN [www.Aids.gov.br](http://www.Aids.gov.br), que todo ano que concorre ao prêmio *Ibest*, ficando entre os *top three*, e/ou recebendo o primeiro prêmio do júri popular e oficial. O *site* da CN concorre na categoria Saúde, sendo um dos únicos de serviços públicos que concorre junto com *sites* da iniciativa privada e que se destaca.

## Profissionalização da Enfermagem

**Resultados** O Programa tem como objetivo elevar o padrão de qualidade e eficiência do atendimento prestado à população, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da capacitação dos trabalhadores da área de enfermagem e pelo fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde.

O indicador do Programa é taxa de qualificação de profissionais da área de enfermagem como auxiliar de enfermagem.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - Profae previa inicialmente a qualificação profissional de 225 mil atendentes de enfermagem que atuavam como auxiliares de enfermagem, sem a devida capacitação específica. A existência destes trabalhadores colocava em risco a saúde da população, na medida em que eram responsáveis pelo atendimento e prestação de cuidados à saúde, em ambulatórios, hospitais e comunidades. Desde 1986, a situação foi considerada irregular e ilegal, devido a promulgação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº 7.498, que, frente ao diagnóstico, concedeu um prazo de dez anos para que todos os atendentes fossem qualificados e se tornassem auxiliares de enfermagem.

O Profae nasceu desta necessidade e, em 1999, promoveu o I Cadastramento Nacional, no qual foram identificados 130 mil trabalhadores com o perfil esperado. Destes, 27% não haviam sequer concluído o ensino fundamental. Ao final do ano de 2000, um acordo de empréstimo foi assinado com o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e a execução dos cursos foi iniciada. O processo de execução demonstrou que a segmentação do mercado de trabalho era grande, com variações entre estados e regiões, devido à diferença das redes de assistência à saúde. Imediatamente verificou-se a necessidade de realização de novo cadastramento nacional, tendo em vista a demanda reprimida existente em inúmeros municípios no País. Assim, o Profae, em 2001, realizou o segundo cadastramento, para identificar e localizar todos os trabalhadores da área que demandavam capacitação específica para atuar no setor. O resultado final, que informou a clientel-foco do Projeto, hoje registrada em banco de dados, compõe-se de 245.537 trabalhadores atendentes e 90 mil auxiliares, que serão re-qualificados como técnicos de enfermagem, atuando em serviços de alta e média complexidade.

Decorridos dois anos de implementação, o Profae já qualificou 70 mil atendentes como auxiliares de enfermagem. Daquele contingente, 130 mil trabalhadores encontram-se em sala de aula, distribuídos da seguinte forma: 7.489 estão fazendo a complementação do ensino fundamental, 91.763 estão nos cursos de auxiliar de enfermagem e 30.493 nos cursos de técnico de enfermagem. Espera-se que tenham concluído a qualificação profissional até dezembro de 2002, 90 mil trabalhadores. O restante do universo de alunos em sala concluirá até julho de 2003.

Além da qualificação de nível técnico, o projeto estabeleceu um processo de formação pedagógica dos docentes - enfermeiros dos serviços de saúde, que hoje são responsáveis pela formação dos milhares de trabalhadores em processo de formação. Foram formados 1.264 alunos dos cursos de especialização em docência, modalidade de ensino a distância. Existem atualmente 6.597 alunos em curso nos 29 núcleos regionais, estabelecidos nos estados, superando em quase 10% a meta inicial que era de 6.000 alunos matriculados.

Esta situação permite ampliar as expectativas, inicialmente de 12 mil docentes capacitados, para 18 mil docentes capacitados.

**Gerente:**

**Rita Elizabeth da Rocha Sorio**

O Profae vem avançado significativamente em relação ao cumprimento de suas metas. Previa-se matricular, nesse segundo ano, 107.699 trabalhadores nos cursos de profissionalização dos auxiliares de enfermagem. Entretanto, foram matriculados 156.475 trabalhadores nos cursos de qualificação profissional e complementação da qualificação. Isso significa um acréscimo de 45,28% da meta prevista para o período. No período de maio a outubro de 2002, foram pagos 607.629 benefícios por meio do Auxílio-Aluno de R\$ 30,00, perfazendo um montante de R\$ 18.228.870,00, que representa uma média mensal de 101.271 alunos em sala, o que indica a possibilidade de ter havido uma evasão de cerca de 6%, abaixo do esperado que seria de 8%.

O Profae, para realizar as metas acima registradas na profissionalização dos auxiliares de enfermagem, envolveu 556 instituições, entre escolas técnicas, secretarias de educação, escolas superiores, empresas para supervisão dos cursos. Esta rede foi responsável, entre 2000 e 2002, pela execução de mais de 5 mil turmas, que atenderam a 4.038 municípios. Em relação às Escolas Técnicas do SUS, existem hoje 22 escolas com contratos de financiamento de atividades assinados voltados para o fortalecimento institucional, todos com o aval do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID. A importância da consolidação desta rede institucional se dá pela sua capacidade de promover a sustentabilidade da proposta, ou seja, a criação de condições para que a qualificação profissional em saúde permaneça depois de implementado o Programa.

O Projeto também vem produzindo inovações no campo da elaboração de material didático, de tecnologias de educação a distância para especialização do docente, de criação de um sistema de certificação de competências. Merece destaque o apoio ao fortalecimento das escolas técnicas do SUS e a articulação com o MEC para a criação de onze novas escolas nos estados que ainda não possuem nenhuma estrutura voltada para qualificação em saúde. Assim, está sendo apoiada a criação de escolas, especialmente no Norte e em alguns estados do Nordeste, buscando a inversão da situação de baixa qualificação profissional.

Considerando as metas quantitativas já alcançadas e a alcançar nos próximos meses, quando se concluirá a formação de aproximadamente 150 mil auxiliares e 30 mil técnicos, é possível dizer que o índice será alcançado, inclusive com expansão das metas inicialmente propostas. O Profae tem execução prevista até setembro de 2004.

Conforme já mencionado, o universo de beneficiários do Programa está além dos 225 mil previstos inicialmente. É preciso incluir novo índice para acompanhar a formação dos técnicos - hoje noventa mil já cadastrados, dos quais trinta mil estão em sala de aula.

Durante 2002 já ocorreram prejuízos relacionados ao atendimento da clientela, tendo em vista o corte orçamentário do presente exercício. Foram reduzidos recursos da ordem de R\$ 57 milhões da fonte externa e R\$ 70 milhões da contrapartida nacional. Este evento foi responsável pela redução da efetivação de novas matrículas, da interrupção de inúmeras turmas no País, o que conseqüentemente irá gerar atraso na conclusão dos cursos.

.....

O processo de reforma sanitária, que estimulou um aumento da oferta de serviços de saúde e uma maior demanda a ser atendida, resultou na maior utilização do atendente de enfermagem, enquanto mão-de-obra barata, fato constatado tanto no setor público quanto no setor privado. Contribuíram para isso a insuficiente disponibilidade de centros formadores e a falta de escolaridade mínima dos profissionais que permitisse sua participação em cursos de qualificação profissional. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, que entrou em

## Concepção

vigor em 1986, ao definir três categorias no âmbito da enfermagem, deixou de fora os atendentes, embora tenha reconhecido sua inserção no mercado de trabalho, concedendo um prazo de dez anos para que os profissionais regularmente empregados viessem a se qualificar como Auxiliares de Enfermagem. A fiscalização do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, após este prazo, levou muitos deles a serem punidos por exercício ilegal da profissão. Logo, forçando com que esses profissionais se submetessem a uma relação de trabalho informal ou que fossem contratados com outra denominação.

Além desta situação, as novas formas de organização e de gestão modificaram estruturalmente o mundo do trabalho. Um novo cenário econômico e produtivo se estabeleceu a partir das complexas tecnologias de produção e de serviços, aliadas à crescente internacionalização da economia. Como conseqüência, passou-se a requerer sólida base de educação geral para todos os trabalhadores: educação profissional básica aos não qualificados; qualificação profissional de técnicos; e educação continuada para atualização, aperfeiçoamento, especialização e re-qualificação de trabalhadores. No caso dos auxiliares de enfermagem, a ação destes profissionais adquiriu uma complexidade crescente, gerada pela expansão dos serviços de saúde e do processo de descentralização em curso consolidado nos anos 1990. Assim, a presença desses profissionais de enfermagem nos serviços de saúde possibilitou a extensão do atendimento à medida que passaram a assumir atividades de apoio nas mais diversas áreas.

O Profae, de forma sistemática, está investindo na produção de cursos para atender às necessidades desses profissionais, dando a eles a possibilidade, tanto de se qualificarem profissionalmente quanto complementarem seu ensino fundamental, para que venham a ingressar nos cursos profissionalizantes. Desta forma, mantendo-os em condições adequadas de empregabilidade. Esses cursos, realizados de forma descentralizada, acontecem nos municípios onde estão os trabalhadores que já foram cadastrados e nos quais se tem a completa certeza de sua necessidade.

O Profae está buscando garantir que a profissionalização seja realizada com qualidade e vem qualificando enfermeiros de nível superior para o exercício da docência do ensino profissional. A meta estabelecida é de se formar 12 mil enfermeiros, que atuarão nos cursos de qualificação do Profae. Já foram formados 1.358 profissionais e estão em formação 8.196 enfermeiros-docentes. Outra questão que irá contribuir, de forma decisiva, para a sustentabilidade dessa política, é o investimento na modernização e na implantação de escolas técnicas de saúde, ligadas ao Sistema Único de Saúde - SUS. Até o momento, estão estabelecidos 27 convênios, que repassarão equipamentos e outros recursos para a instalação de laboratórios de informática, bibliotecas, rede de computadores, bem como a implantação de novos modelos de gestão e atualização dos currículos de profissionalização, áreas consideradas estratégicas para possibilitar a ampliação do acesso dos trabalhadores aos cursos, permitindo uma permanente atualização da força de trabalho do SUS e conseqüente melhoria na qualidade da assistência.

Tendo em vista a situação informada, faz-se necessária a revisão das metas para incluir a formação dos técnicos, hoje em curso e em execução no Projeto. Ao final do Profae, há expectativa de qualificação de mais de 330 mil trabalhadores do sistema de saúde.

A seguir, a relação entre as principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- A ação do auxiliares de enfermagem adquiriu uma complexidade crescente gerada pela expansão dos serviços de saúde => Complementar a profissionalização dos egressos dos cursos de qualificação com cursos técnicos.
- A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem define as profissões regulamentadas, excluindo o atendente de enfermagem => Qualificação do profissional de atendente de enfermagem como auxiliar de enfermagem.
- Falta de escolaridade mínima dos profissionais => Complementar a Escolarização com a oferta do ensino fundamental para os auxiliares de enfermagem.
- Insuficiente disponibilidade de centros formadores => Investir na modernização das escolas técnicas do SUS.
- Baixa qualificação da equipe de docentes das escolas => Melhorar a qualificação dos docentes com a capacitação pedagógica de enfermeiros.
- Força de trabalho, majoritariamente feminina e de baixa renda => Reduzir a evasão dos alunos com o auxílio-aluno para complementação da renda.

O Profae tem implementado um processo de avaliação do impacto de suas ações, verificando o quanto os egressos dos cursos estão assimilando e aplicando a aprendizagem em suas atividades laborais.

A complementação da renda, com a concessão de um auxílio financeiro a cada aluno, tem contribuído para a permanência do trabalhador no curso.

A garantia de recebimento gratuito de materiais didáticos é um incentivo ao aluno e, também, ao desenvolvimento e manutenção de uma proposta pedagógica comprometida com a não alienação do trabalho. A avaliação institucional iniciada em 2002 e realizada pela Unicamp e pelo SEAD (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados) tem identificado capacidades organizacionais e técnicas importantes para o Projeto e para a tomada de decisão.

O Profae tem buscado envolver várias instâncias do SUS, especialmente as secretarias de saúde municipais e estaduais, que efetivamente são responsáveis pela identificação de demandas de formação.

Mantendo o projeto nos limites de sua intervenção, não existe necessidade de alteração de seus componentes, entretanto, no processo de implementação pode ser observada e constatada de forma concreta a elevada capacidade do projeto em ser referência para a qualificação de outras categorias profissionais da saúde. É preciso destacar que a enfermagem representa 69% da força de trabalho em saúde.

Torna-se fundamental uma maior articulação do Profae com as áreas responsáveis pela implantação do novo modelo assistencial (PSF), e com outras áreas voltadas à organização da gestão (SAS), para o desenvolvimento de uma política mais ampla de qualificação profissional para o SUS.

O Profae está desenvolvendo uma nova forma de acompanhamento das instituições contratadas, visando estabelecer um relacionamento interno ao SUS que possibilite o desenvolvimento de uma política de capacitação profissional para a área de saúde mais sintonizada com as necessidades do sistema. Estas novas linhas já dizem respeito ao processo de avaliação da execução.

Os cursos Profae são realizados de forma descentralizada, em estabelecimentos de ensino contratados ou conveniados para operarem os projetos de qualificação profissional destinados ao público-alvo previamente cadastrado pelo projeto.

Por meio do ensino a distância, os enfermeiros docentes podem realizar sua especialização, que os prepara para a ação pedagógica nos cursos e cria as condições que possibilitem uma intervenção transformadora em seu cotidiano de trabalho, nas unidades de saúde, contribuindo sobremaneira para a melhoria da qualidade da assistência no âmbito da saúde.

O Profae, por seus objetivos e modos de funcionamento, possui uma abrangência nacional. Suas articulações: alunos, aulas, professores, tutores, operadoras, agências regionais, ETSUS, NADs, IES, MEC, secretarias de saúde e de educação, pesquisadores, produção intelectual, Unesco etc. atingem 5.505 municípios em todo o território brasileiro. Em suma, o Profae possui uma capilaridade estrutural e funcional bastante complexa, tanto por suas dimensões quanto pelo envolvimento de atores diversos.

A administração dos recursos humanos do Projeto é realizada pela Unesco, organismo internacional contratado para tal fim. Sua contratação garante a organização da estrutura (material e humana) necessária ao bom desempenho do Projeto, isso permitirá ao Ministério da Saúde, ao Ministério Público, ao controle social e ao organismo financiador um maior controle de suas contas e dos resultados alcançados.

Para garantir a manutenção dos alunos, em geral mulheres de baixa renda nos cursos, durante doze meses consecutivos, foi criado o auxílio-aluno, Lei nº 10.429, de 2002. O objetivo é diminuir os índices de evasão originados por questões de natureza social e financeira da clientela. O auxílio, no valor de R\$ 30,00, é repassado, mensalmente, a cada trabalhador, por meio da Caixa Econômica Federal.

---

## Implementação

Os recursos financeiros liberados foram insuficientes, embora o cumprimento de metas físicas tenha ficado dentro do previsto. O fluxo dos recursos sofreu descontinuidade, mas não prejudicou decisivamente a execução programada.

O contingenciamento orçamentário de 2002, quando o Projeto atingiu o ápice de execução, foi um problema administrado mensalmente junto aos órgãos envolvidos com a questão financeira do Governo Federal. É preciso registrar que houve um corte da ordem de 33% nos recursos externos e de 70% da contrapartida nacional. Com isto, o Projeto reduziu o ritmo de execução e 38 mil novos alunos, que aguardam ser matriculados nas escolas credenciadas, deixaram de se inserir no segundo semestre. O Profae, em novembro de 2002, obteve suplementação orçamentária da ordem de R\$ 70 milhões (recursos BID), e esperava-se ainda a aprovação de mais R\$ 22 milhões de contrapartida nacional. Estes recursos orçamentários são essenciais para a continuidade das turmas já iniciadas.

No que diz respeito ao orçamento para 2003, foi proposto, inicialmente, pelo Profae, recursos da ordem de R\$ 367.201.791,00 para a conclusão das turmas em curso hoje e da capacitação de novos 140 mil alunos, sendo noventa mil na modalidade auxiliar de enfermagem, quarenta mil na de complementação técnico de enfermagem e 10 mil para o ensino fundamental. Entretanto, essa proposta sofreu corte expressivo, ficando restrita a R\$ 90 milhões, o que, sem sombra de dúvida, prejudicará a implementação do projeto e o alcance das metas pactuadas entre as instituições de financiamento, bem como junto às instituições contratadas que hoje atendem apenas a parte do objeto pactuado.

Os recursos orçamentários previstos atendem apenas aos primeiros meses de 2003 sem qualquer nova inclusão de demanda, o que significa estagnação do processo com impacto na meta prevista. A execução e finalização do Projeto dependerão totalmente de revisão da proposta orçamentária para 2003, ano-chave para alcance final das metas em 2004, considerando que os cursos do Profae são de formação profissional, com duração de doze meses e, portanto, atravessam o exercício.

Do período correspondente ao ano inicial do Projeto (setembro de 2000 a outubro de 2002), o orçamento executado atingiu o limite aprovado em Lei, com execução parcial das metas das ações programadas no acordo, bem como atendeu às despesas referentes à criação do auxílio aluno, aprovado pela Lei 10.429, de 2002, com execução orçamentária e financeira iniciada em abril.

É previsão do Profae atender à demanda de 225 mil alunos em sala de aula até o final do exercício. Porém, para dar cumprimento ao alcance dessa meta, fez-se necessário um Crédito Suplementar em forma de Recomposição Orçamentária do exercício de 2002, por meio de Projeto de Lei encaminhado ao Congresso Nacional, no valor de R\$ 70 milhões.

Com esse valor, pretende-se atender às 110 novas instituições contratadas no País, associadas às 160 escolas e secretarias estaduais de saúde, comprometidas na inclusão de cerca de 130 mil trabalhadores em cursos, bem como atender ao cumprimento das obrigações contratuais firmadas em 2001, que estão sendo efetuadas parcialmente e pagamento do auxílio aluno até o final do exercício.

A execução das metas previstas nas ações do fortalecimento institucional para as despesas de investimentos, dependem de aprovação de crédito suplementar, encaminhado à SOF, no valor de R\$ 5,5 milhões que, não viabilizado, trará conseqüências negativas ao Projeto, haja vista alocação de recursos insuficientes na proposta orçamentária para 2003.

A proposta orçamentária inicial solicitada para o Projeto pela setorial orçamentária do MS/SPO demonstra uma necessidade de R\$ 465.867.000,00, visando dar continuidade à implementação dos cursos, bem como contratações para supervisão, produção de material didático (para apoiar os recursos pedagógicos necessários à operacionalização dos cursos), realização de pesquisa de impacto, atualização de dados cadastrais dos trabalhadores, por meio de monitoramento e supervisão, despesas com auxílio aluno, além do programado para atender às metas do componente II.

No entanto, desse valor, a reprogramação do PPA foi de R\$ 205.391.131,00 e o limite orçamentário de R\$ 100 milhões, gerando assim impossibilidade de novas contratações, haja vista não serem recompostas as perdas que ao longo dos exercícios ficaram em torno de 70%.

Como alternativas, há real necessidade de revisão da proposta da contrapartida local autorizada pelo FAT por meio da Resolução nº 215, de 15 de agosto de 1999. Deveria ser considerada a hipótese de negociações, na impossibilidade de cumprimento da obrigação, fazer-se-á necessária a recomposição com os recursos do Tesouro Nacional, ou ao final do acordo a prorrogação do mesmo, se prioritário, para o programa de Governo.

O Profae é executado totalmente pelo Ministério da Saúde em parceria com instituições governamentais, privadas e não-governamentais. O Ministério da Educação é um parceiro que vem aportando recursos para a implementação das Escolas Técnicas de Saúde novas. Esta parceria conta com a interveniência do Ministério da Saúde, mas os recursos deveriam estar garantidos pelo Proep/MEC. Os convênios foram firmados em abril de 2002, mas estão com dificuldades orçamentário-financeiras que estão impedindo o andamento da proposta.

As licitações de equipamentos para as Escolas do SUS com recursos oriundos do Proep, desenvolvidas neste Ministério da Saúde, estão tramitando de forma lenta, dificultando a organização dos laboratórios de práticas pedagógicas nas escolas do SUS. Os convênios firmados com as secretarias de educação tramitaram por longo tempo, atrasando a execução da escolarização dos trabalhadores em alguns estados.

O Profae/MS repassou recursos para as Secretarias de Estado da Educação, com o objetivo de promover a escolarização dos trabalhadores da área de enfermagem. Embora os convênios contemplassem recursos para que em 2002 a escolarização atingisse 15 mil trabalhadores, apenas 11.706 foram escolarizados. O ensino fundamental é um pré-requisito para a qualificação profissional, sendo de suma importância que seja estendido a todos os trabalhadores que ainda não concluíram este nível de escolaridade. Deste modo, a boa execução deste convênios impacta positivamente no resultado final do Profae.

Quanto ao mecanismo de monitoramento sobre o desempenho físico, o Projeto dispõe de um Sistema de Informações Gerenciais, que funciona por meio de internet, e é utilizado por vários segmentos para o acompanhamento da execução das turmas e dos cursos. Com isso, é possível acompanhar as matrículas, evasão, as formaturas e conclusões, bem como o índice de aproveitamento dos alunos. Também o SIG-Profae permite realizar a emissão de ordens bancárias após conferência dos alunos que permanecem em sala. Com esta ferramenta, tornaram-se as intervenções no nível local mais rápidas e conhecidas pela gerência do Projeto.

Está em implementação um plano de RH, no qual a qualificação profissional (para a formação das equipes) e também o reconhecimento do mérito dos técnicos assumem um papel relevante. Por meio dele espera-se manter o nível de motivação da força de trabalho envolvida no projeto, bem como a qualidade da equipe.

A mesma política relatada acima aplica-se aos profissionais que atuam em outras áreas geográfica. São muitas as oficinas, seminários e cursos que buscam dar condições aos agentes produtivos envolvidos no projeto para alcançar maior eficácia.

A seguir, um quadro sobre os principais parceiros:

- Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP - A vantagem é a competência daquela instituição na utilização de tecnologias de educação a distância para formação na área da saúde.
- Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN - Entidade que possui legitimidade junto às categorias profissionais em questão para desenvolver estudos e pesquisas de interesse para o projeto, com foco no mercado de trabalho, perfil profissional e currículos.
- MEC - A vantagem é influir na política de educação profissional e zelar pelos interesses de formação técnica na saúde. A desvantagem é que estão com restrições orçamentárias sérias que podem comprometer o planejado junto aos estados.

Sobre os mecanismos de participação da sociedade, as entidades profissionais e representantes da sociedade civil são parte integrante de conselhos (Conselho de Certificação, Conselho Setorial, Conselho Editorial da Revista Formação), que contam com a participação de representantes não só governamentais, como de associações de classe, para que se possa obter contribuições para o desenvolvimento do Projeto.

As pesquisas de satisfação se fazem via Disque-Saúde, Avaliação do Impacto e Avaliação de Processo obtido pelas instituições formadoras. Em geral, são apropriados os resultados para mudança de performance do Projeto. O Projeto contém um em seu desenho a previsão de acompanhar rotineiramente cortes de trabalhadores para verificar a satisfação dos beneficiários, não só alunos como docentes.

## Qualidade do Sangue

### Resultados

O Programa tem por objetivo garantir a qualidade e a auto-suficiência em sangue, componentes, derivados sanguíneos e correlatos.

Os indicadores do Programa no PPA são: taxa de reações adversas às transfusões Sanguíneas; taxa de componentes, derivados sanguíneos e correlatos produzidos pelo Setor público; e taxa de aptidão sorológica dos doadores.

Para nortear os rumos do Programa, foram criados indicadores que são monitorados anualmente, tendo como base os relatórios de produção da Hemorrede:

- Percentual de Doações em Relação à População Geral, cuja forma de cálculo é: número de doações em determinado local / período x 100 e a unidade de medida é população geral em determinado local/período. Para o final do PPA está previsto um índice de coleta de bolsas correspondente a 2% da população brasileira. A evolução segundo dados do SAI/SUS é de: 1,71% em 30/12/1998; 1,75% em 30/12/1999; 1,68% em 30/12/2000; 1,61% em 30/12/2001; e 1,73% em 30/12/2002.
- Taxa de Inaptidão Clínica, cuja forma de cálculo é: número de candidatos inaptos à doação na triagem clínica x 100 e a unidade de medida é total de candidatos à doação. Para o final do PPA, espera-se reduzir o índice de inaptidão clínica para 11,3% (média nacional). A evolução segundo dados do Hemoprod/GGSTO/Anvisa é de: 22,5% em 30/12/1997; 21,99% em 30/12/1998; 19,89% em 30/12/1999; 19,97% em 30/12/2000; 20,46% em 30/12/2001; e 20,01% em 30/12/2002 (não está incluído o estado de São Paulo. Apesar das cobranças, os dados não foram informados até o fechamento deste relatório, ou seja até janeiro de 2003).
- Taxa de Inaptidão Sorológica, cuja forma de cálculo é: número de amostras sorológicas reagentes para um ou mais exames x 100 e a unidade de medida é total de amostras de sangue triadas. Para o final do PPA, espera-se reduzir o índice de inaptidão sorológica para 8,3% (média nacional). A evolução segundo dados do Hemoprod/GGSTO/Anvisa é de: 16,05% em 30/12/1997; 12,52% em 30/12/1998; 11,08% em 30/12/1999; 09,77% em 30/12/2000; 08,63% em 30/12/2001; e 8,59% em 30/12/2002 (não está incluído o estado de São Paulo. Apesar das cobranças, os dados não foram informados até o fechamento deste relatório, ou seja até janeiro de 2003).
- Índice de Processamento do Sangue Total, cuja forma de cálculo é: número de hemocomponentes produzidos e a unidade de medida é número total de bolsas coletadas. Para o final do PPA espera-se um índice > 1 (este índice foi posteriormente alterado para taxa, sendo a meta estabelecida de 100%). A evolução segundo dados do Hemoprod/GGSTO/Anvisa é de: 79,27% em 30/12/2000; 81,18% em 30/12/2001; e 92,77% em 30/12/2002 (não está incluído o estado de São Paulo. Apesar das cobranças, os dados não foram informados até o fechamento deste relatório, ou seja até janeiro de 2003).
- Percentual de Excedente de Plasma de Qualidade Enviado para Fracionamento, cuja forma de cálculo é: número de litros de plasma enviado para fracionamento x 100 e a unidade de medida é total de plasma excedente. Para o final do PPA espera-se atingir 100% do plasma de qualidade excedente do País processado. Até 30/12/2002 atingiu-se 96,8% (considerando a meta de 150 mil litros/ano). Fonte: autorização de exportação de bolsas de plasma para beneficiamento passivo - GGSTO/Anvisa. Observação: considerar 1 bolsa = 200ml.

Gerente:

Beatriz MacDowell Soares

## Principais avanços alcançados no período 2000-2002:

### Definição da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Foi definida uma política única de sangue e hemoderivados para o País, que garantisse a disponibilidade, segurança e qualidade destes produtos e que contemplasse a participação do Governo e da sociedade civil.

### Implementação do Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sangue

Implantação de um Sistema de Hemovigilância no Brasil, com o objetivo de possibilitar o rastreamento das transfusões, desde o receptor até o doador, nos casos de reações adversas imediatas e tardias, por meio do desenvolvimento de um sistema de comunicação entre as áreas de vigilância sanitária e epidemiológica nos estados, disponibilizando as informações necessárias, visando a segurança transfusional.

### Implantação do Sistema Nacional de Sangue - Sinasan

O Sinasan promoverá a estruturação da Rede Nacional de Serviços de Hemoterapia e Laboratórios de Referência Estadual e/ou municipal para controle de qualidade, a fim de garantir a auto-suficiência nacional em sangue, componentes e hemoderivados.

Em 2002, a obtenção dos resultados do Programa foi considerada dentro do previsto. Uma solução encontrada no Programa para a melhora dos resultados foi a instituição da meta mobilizadora nacional: Sangue com Garantia de Qualidade em todo o seu Processo até 2003, desdobrada em 12 projetos. Esta meta estabelece um marco importante na hemoterapia brasileira, qual seja, o da mudança comportamental dos doadores, passando pela humanização do atendimento, até a revisão dos processos internos dos órgãos executores das atividades hemoterápicas, com vistas à sua eficiência técnica e uma maior efetividade.

O principal resultado de 2002 pode ser resumido pelo fato de que, depois de vinte anos, o Brasil passou a aproveitar integralmente o plasma excedente de uso terapêutico, proteína de alto valor biológico, rico em concentrados de fatores da coagulação e imunoglobulinas. Com o retorno destes medicamentos, o Ministério da Saúde deixará de importar Fator IX da coagulação e o Complexo Protombínico. Ao mesmo tempo, as imunoglobulinas poliespecíficas e a albumina que estão retornando estão sendo distribuídas para o atendimento a 100% do que tem sido ressarcido pelo SUS aos estados.

### Outros importantes resultados de 2002 foram:

- construídos, reformados, ampliados, equipados e modernizados 144 serviços hemoterápicos, sendo quinze Hemocentros Coordenadores, 27 Hemocentros Regionais, 25 Núcleos Hemoterápicos, 45 Unidades de Coletas e Transfusões, dois Unidades de Coletas e trinta Agências Transfusionais; e
- inspecionados 1.093 e re-inspecionados 674 serviços hemoterápicos.

### Os resultados esperados para o ano de 2003 incluem:

- implantar nos estados e no Distrito Federal os Sistemas Estaduais de Sangue - Planos Diretores de Assistência Hemoterápica;
- implantar os testes de amplificação e detecção de ácidos nucléicos - NAT;
- realizar campanhas nacional e estaduais sobre doação de sangue;

- inserir o Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue ao Programa Escolar - conteúdo curricular de 1º e 2º grau;
- aumentar a quantidade de plasma de qualidade para o fracionamento;
- implantar a fábrica nacional de hemoderivados;
- reduzir a transfusão injustificada de plasma;
- realizar cursos de capacitação de pessoal na área de hemoterapia;
- realizar inspeções em 100% dos serviços de hemoterapia (todos os níveis de complexidade);
- aumentar o número de participantes no programa de hemovigilância;
- consolidar o Programa de controle de qualidade externo dos laboratórios imunohemato; e
- Estimular a participação dos serviços de hemoterapia em projetos de melhoria de gestão.

.....

A questão do sangue e hemoderivados no Brasil, até o período de 1985/87, era relegada ao esquecimento, mal gerenciada, sem fiscalização governamental, sem normatização e sem projetos para o seu desenvolvimento. O tema passou a adquirir notoriedade em decorrência do aparecimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA/Aids (até 1987, as transfusões sangüíneas foram responsáveis por 8,8% dos casos notificados ao Ministério da Saúde).

## Concepção

Problemas maiores ocorreram com outras doenças transmitidas pelo sangue, como a hepatite e a doença de Chagas. Esta situação decorreu do fato de que a maioria dos bancos de sangue apresentava graves irregularidades, que incluíam a não realização dos exames sorológicos, triagem inadequada dos doadores, condições impróprias para o armazenamento do sangue, ausência de responsável técnico com formação médica, área física inadequada e funcionamento sem o respectivo alvará. Estas situações levaram à interdição de vários serviços no decorrer destes anos.

Diante do quadro preocupante, o Ministério da Saúde estabeleceu medidas rigorosas no sentido de oferecer maior segurança aos doadores e receptores de sangue e hemoderivados.

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade - PBQP foi reeditado em 1998. O Ministério da Saúde elegeu a meta: Sangue com Garantia de Qualidade em Todo o seu Processo até 2003 para representar a sua pasta. O objetivo foi de impulsionar a hemoterapia brasileira, garantindo a todos transfusão de sangue segura e de padrão internacional, já atingido pelos melhores serviços do País.

Recursos foram incluídos no Plano Plurianual (PPA 2000-2003), no montante de aproximadamente R\$ 200 milhões por ano.

Os doze projetos que compõem a Meta Mobilizadora Nacional do Setor Saúde: Sangue com Garantia de Qualidade em Todo o seu Processo até 2003, teve como base o ciclo do sangue:

Algumas ações não estão expressas no PPA:

- Formulação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Objetivo: definir uma política única de sangue e hemoderivados para o País, que garanta a sua disponibilidade, segurança e qualidade, mediante a explicitação das intenções do Governo para esta área, que contemple a participação do Governo e da sociedade civil.

- Implantação do Programa de Infra-estrutura Física e Organizacional da Hemorrede, cujo objetivo é proporcionar os meios para que se institucionalize no País uma rede nacional de unidades hemoterápicas que, atingindo capilarmente até as mais remotas comunidades, assegure a indispensável cobertura hemoterápica e a qualidade do sangue transfundido.
- Implementação do Sistema Nacional de Informações Gerenciais do Sangue e Hemoderivados, cujo objetivo é fomentar a criação da Rede Nacional de Informações de Sangue e Hemoderivados, que implementada e implantada permita aos diversos gestores nas esferas federal, estadual e municipal, o pleno acesso aos dados indispensáveis à tomada de decisões quanto ao gerenciamento em todo o processo do sangue na hemorrede.
- Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue, cujo objetivo é envolver a sociedade brasileira, levando-a a participar ativamente do processo da doação de sangue de forma consciente e responsável, por meio de ações educativas e de mobilização social, visando a garantia da quantidade adequada à demanda do País e a melhoria da qualidade do sangue, componentes e derivados.
- Programa Nacional de Hemoderivados, cujo objetivo é implantar um programa nacional de hemoderivados que permita a plena utilização do plasma obtido no País, visando à autosuficiência em hemoderivados.
- Implementação de Programa de Qualidade na Hemorrede, cujo objetivo é desenvolver metodologia e promover orientação técnica para instrumentalizar e fomentar as unidades que compõem a hemorrede para a implantação de Programas de Qualidade Total Sistema.
- Implementação de um Sistema de Avaliação Externa da Qualidade em Imunohematologia e Sorologia nas Unidades Hemoterápicas, cujo objetivo é garantir a implementação dos Sistemas de Avaliação Externa da Qualidade dos testes imunohematológicos e sorológicos, contribuindo para a garantia dos resultados obtidos nas unidades hemoterápicas no País.
- Implantação do Programa de Capacitação de Recursos Humanos, cujo objetivo é contribuir para a melhoria da qualidade do sangue disponibilizado à população por meio de programas de capacitação e de formação continuada para os profissionais que atuam em serviços de hemoterapia e vigilâncias sanitárias.
- Implementação de Programa Nacional de Acreditação de Unidades Hemoterápicas, cujo objetivo é implementar um modelo de avaliação e certificação da qualidade de unidades hemoterápicas, baseando em padrões previamente definidos, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria dos processos das referidas unidades, voltada para assegurar a qualidade dos mesmos e a segurança, do doador ao receptor.
- Sistematização do Controle da Qualidade dos Insumos para Hemoterapia Utilizados no Brasil, cujo objetivo é desenvolver e consolidar um sistema abrangente de controle da qualidade dos insumos para hemoterapia, permanente e efetivo, capaz de assegurar a qualidade dos produtos em uso no Brasil.
- Implementação do Sistema de Vigilância Sanitária do Sangue, cujo objetivo é propor ações integradas, padronizadas e sistemáticas nos níveis federal, estadual e municipal da vigilância sanitária do sangue, assim como ampliar o número de inspeções em serviços de hemoterapia, qualificando o processo administrativo-sanitário, a fiscalização e a conseqüente qualidade dos produtos oferecidos.

- Hemovigilância, cujo objetivo principal é criar as condições para o desenvolvimento de um sistema de hemovigilância nacional a partir da definição do conceito de hemovigilância e de temas relacionados, da estrutura funcional do sistema e do circuito da informação.

Destaca-se, como aspecto do Programa que precisa ser aperfeiçoado, a adequação dos indicadores:

Foi proposto em abril de 2001 a alteração dos indicadores do Programa 007 - Qualidade do Sangue, buscando sua adequação com os projetos da Meta Mobilizadora Nacional, conforme segue:

- Exclusão dos indicadores: Taxa de Reações Adversas às Transfusões Sanguíneas; Taxa de Componentes, Derivados Sanguíneos e Correlatos Produzidos pelo Setor Público; e Taxa de Aptidão Sorológica dos Doadores.
- Inclusão dos indicadores: Percentual de Doações em Relação à População Geral; Taxa de Inaptidão Clínica; Taxa de Inaptidão Sorológica; Índice de Processamento do Sangue Total; e Percentual de Excedente de Plasma de Qualidade Enviado para Fracionamento.

Dentre os aspectos da estratégia de implementação que precisam ser aperfeiçoados, destaca-se:

- forma de repasse dos recursos (convênios, repasse fundo a fundo, contrato de repasse etc.);
- dificuldades dos estados de prestarem contas;
- falta de previsão orçamentária para a contrapartida;
- dificuldade de recursos humanos para a elaboração dos projetos; e
- falta de recursos humanos com conhecimento da legislação vigente sobre licitações públicas.

Quanto ao aspecto da estratégia de implementação que mais contribuiu para o alcance dos resultados, tem-se que a Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos estruturou uma equipe de monitoramento físico com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento e acompanhamento dos projetos aprovados mediante a celebração de convênios. O resultado desta ação foi bastante expressivo para a finalização de grande parte dos convênios que foram celebrados em 1998, 1999, 2000 e 2001.

.....  
Em relação à execução financeira no período, verifica-se que o Programa foi muito bem planejado e estruturado. No decorrer do PPA 2000-2003, somente no exercício de 2002, o fluxo de recursos sofreu descontinuidade, prejudicando a execução programada. Esta descontinuidade foi ocasionada pela interrupção de repasse de recursos durante o período eleitoral, pela alta do dólar e pelas dificuldades financeiras/orçamentárias do Ministério da Saúde - Anvisa. **Implementação**

Estas descontinuidades do fluxo de recursos no ano de 2002, provocados pela interrupção do período eleitoral e agravado pela desvalorização do real, ocasionaram a suspensão da liberação dos recursos dos programas, promoção de eventos técnicos sobre sangue e hemoderivados e implantação do projeto sangue 100% com garantia de qualidade para os projetos de hemoderivados, recursos humanos e programa nacional de doação voluntária de sangue.

Contudo, tais restrições financeiras/orçamentárias não impediram a execução das metas físicas, de recursos com aplicação direta e indireta, que foram

consideradas dentro do previsto. Porém, cabe destacar que a celebração da maioria dos convênios ocorreu no final de 2002, e em alguns casos a inscrição dos recursos em restos a pagar serão utilizados para celebrar convênios em 2003, especialmente no projeto Infra-estrutura Física e Organizacional da Hemorrede.

Além das restrições orçamentárias/financeiras, demais restrições interferiram no desempenho das ações de maior impacto em 2002. Estas restrições foram: o atraso na prestação de contas dos estados e municípios devido à falta de pessoal capacitado; as exigências de contrapartidas estaduais ou municipais; e a celebração de contratos, convênios e licitações, que devido à falta de pessoal qualificado e a lentidão da tramitação, advinda da Lei 8.666/93, provocaram interferências nestes processos. Neste último ponto levantado, cabe destacar que as mudanças políticas nos estados comprometem a continuidade da descentralização orçamentária por meio de convênios, uma vez que o pessoal que foi capacitado dificilmente permanece no mesmo posto de trabalho.

No que diz respeito ao monitoramento do desempenho físico das ações, a gerência do Programa estruturou um grupo de monitoramento físico das ações celebradas por meio de convênios. As Visas Estaduais muito contribuem no acompanhamento e fiscalização da implementação destas ações.

Apesar do acompanhamento das Visas Estaduais, o desempenho físico das ações com recursos descentralizados foram considerados, em 2002, abaixo do previsto. Isto deve-se ao fato de que o contingenciamento orçamentário federal e estadual (recursos do concedente e contrapartida) por vezes impedem a contratação dos serviços projetados dentro do prazo estimado inicialmente, provocando em certos casos, a paralisação das obras.

Quanto à capacitação, a equipe gerencial do Programa participou de alguns treinamentos que contribuíram para o alcance dos objetivos pactuados para o exercício. Nos níveis locais, a equipe dos gerentes de projetos e seus colaboradores (Comitê Temático) participaram de treinamentos relativos aos doze projetos que compõem a meta.

Apesar do esforço de capacitação, os recursos humanos foram considerados inadequados qualitativa e quantitativamente para a implementação do Programa em 2002. Os principais fatores observados foram:

- quantidade inadequada de recursos humanos nas equipes locais - dificuldade de contratação de pessoal qualificado em especial médico hemoterapeuta; e
- insuficiente qualificação dos recursos humanos das equipes locais - é grande o número de programas / projetos em andamento que necessitam de ampliação da eficácia gerencial.

Uma possível causa desta inadequação está na insuficiência de quadros do Ministério da Saúde. Esta insuficiência impôs a necessidade de contratações temporárias ou por meio dos contratos Unesco e PNUD, o que dificulta a contratação, em especial de médicos hemoterapeutas. Avalia-se também, dentro do Programa, a necessidade de contratar profissional com experiência em gerência.

As parcerias formais e bem-sucedidas são com os hemocentros, órgãos executores das atividades hemoterápicas e hematológicas, em cujas estruturas mantém instalações apropriadas para o atendimento completo ao doador e ao receptor de sangue. Alguns destes hemocentros são associados às Universidades, com papel importante, qual seja, o de contribuir na formação de recursos humanos e no desenvolvimento científico e tecnológico, bem como na garantia da qualidade do sangue transfundido no País, conferindo o selo de qualidade, cuja manutenção

implica adotar uma filosofia de trabalho incorporando qualidade de forma continuada. A dificuldade de parceria é somente quanto à implementação dos convênios celebrados.

A sociedade possui representantes no Comitê Gestor da Meta Mobilizadora Nacional e representantes nos Comitês Temáticos de cada projeto, portanto a participação é bastante elevada.

É realizada a avaliação da satisfação dos usuários, por meio dos meios de comunicação e também pelo índice baixo de contaminação por meio de transfusão sanguínea.

Por fim, considera-se que a estrutura organizacional do Ministério está em fase de adequação à gestão por programas e há necessidade de adequação da GGSTO/Anvisa para melhor distribuir as responsabilidades entre os diversos programas e projetos.

## Qualidade e Eficiência do SUS

**Resultados** O Programa tem como objetivo elevar o padrão de qualidade e eficiência do atendimento prestado à população por meio da modernização gerencial, física e tecnológica do Sistema Único de Saúde - SUS.

Por meio do Programa **Qualidade e Eficiência do SUS** foi possível viabilizar a ampliação da oferta e facilitar o acesso da população a um conjunto de ações e serviços de saúde, a partir da constituição de redes assistenciais de referência, dentre outras estratégias. Além disso, foi garantida a capacitação de profissionais de saúde, bem como a realização de eventos técnicos e de campanhas institucionais nas diversas áreas da saúde, com vistas à melhoria da qualidade no atendimento ao usuário do SUS e à divulgação de informações de caráter educativo para a população.

Destacam-se como principais resultados obtidos em 2002:

- adoção de medidas de caráter normativo, de investimento e de custeio destinadas a criar as condições necessárias à estruturação de redes assistenciais e à hierarquização de serviços como forma de organizar a assistência, melhorar a qualidade dos serviços prestados e ampliar o acesso da população a esses serviços;
- desenvolvimento de campanhas e mutirões destinados a incrementar a oferta de serviços em áreas específicas da assistência e, com isso, reduzir a demanda reprimida existente e as listas de espera para a realização de determinados procedimentos cirúrgicos eletivos, como a cirurgia de catarata, de próstata, varizes e outros;
- organização e gerenciamento do Programa de Medicamentos Excepcionais, com a otimização dos recursos utilizados, ampliação do número de medicamentos disponíveis e ampliação de acesso à população. Em todo o País, foram beneficiados mais de 129 mil pacientes; e
- implementação de Redes Assistenciais de Referência nas seguintes áreas: urgência e emergência, assistência a queimados, neurocirurgia, obstetrícia, oncologia, cirurgia bariátrica, tratamento de deformidades craniofaciais, oftalmologia, nefrologia, dentre outras.

Apesar dos avanços alcançados, vale destacar que as ações operacionalizadas por meio de convênio foram prejudicadas, em razão das limitações impostas pela legislação eleitoral no exercício de 2002, que restringiram o período para empenho e para o repasse dos recursos financeiros para os estados municípios.

Para o exercício 2003, espera-se a consolidação das redes de referência e implantação de medidas que possam garantir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde do SUS, em especial nas áreas com baixa capacidade de oferta.

### Concepção

Gerente:

Alberto Beltrame

Para superar os problemas relacionados ao sucateamento da rede de serviços, bem como a sua insuficiência em determinadas localidades, foi concebido o Programa Qualidade e Eficiência do SUS. Além de investimentos na rede física, está prevista nesse Programa a ação de capacitação de recursos humanos, juntamente com outras ações que concorram para a melhoria da qualidade do sistema público de saúde no País.

O público-alvo deste Programa é a população brasileira. Os impactos do Programa têm sido positivos, na medida em que o desenvolvimento de suas ações tem culminado na melhoria da assistência à saúde prestada no SUS. Vale destacar, nesse sentido, a implantação de estratégias para organizar as redes assistenciais, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e ampliar a qualidade e resolutividade dos serviços prestados. Esta atuação se deu tanto na realização de significativos investimentos na infra-estrutura dos serviços de saúde, beneficiando mais de 1.200 unidades de saúde nos últimos anos, como na mudança da lógica do modelo de financiamento das ações, com vistas à redução das desigualdades regionais na distribuição de serviços de saúde e na alocação de recursos.

Entretanto, ainda há necessidade de aprimoramentos na concepção do Programa, dentre os quais merecem destaque:

- a ação implantação do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde, cujo produto é cartão implantado. Tal produto não retrata a sua magnitude, que envolve o cadastramento da população, a aquisição e instalação de equipamentos, o treinamento de recursos humanos, e outros, subestimando os resultados alcançados; e
- o indicador coeficiente de mortalidade hospitalar na rede SUS, sem especificar as causas que motivaram os óbitos, não oferece subsídios suficientes para avaliar o impacto do Programa, devendo ser selecionadas para este propósito as causas consideradas evitáveis.

Quanto à estratégia de implementação, os aspectos a serem aperfeiçoados são os seguintes:

- a gerência não dispõe de uma infra-estrutura mínima de apoio, o que tem dificultado o efetivo acompanhamento do Programa por parte do gerente;
- o trâmite burocrático para a celebração de convênios, aliado às dificuldades de algumas secretarias de saúde na elaboração dos projetos de acordo com as normas vigentes tem comprometido o alcance das metas previstas no Programa; e
- o grau de articulação inter-setorial é relativamente baixo. Não existe participação do gerente em relação às ações que estão subordinadas a outros setores que, dentro da estrutura do Ministério, estão fora da sua área de atuação.

No que se refere à execução financeira, esta variou muito em relação às ações previstas no Programa. Aquelas provenientes de emendas parlamentares apresentaram baixos percentuais de execução, em decorrência de problemas como a não aprovação do projeto pela Comissão Intergestores Bipartite, ou inadequação dos projetos às normas técnicas do Ministério da Saúde, ou ainda por força do decreto 4.120, de fevereiro de 2002, que dispõe sobre a compatibilização entre a realização da receita e a execução da despesa, sobre a programação orçamentária e financeira do Poder Executivo.

Quanto ao desempenho dos parceiros na execução das ações, no período de 2000 a 2002, poderia ter sido melhor nos casos em que foram identificados problemas de caráter técnico-operacional, relacionados à elaboração dos projetos de acordo com as normas vigentes e ao cumprimento dos trâmites burocráticos.

As parcerias informais com programas desenvolvidos em áreas específicas, como atenção ao idoso, atenção ao portador de transtornos mentais e aos portadores de

## Implementação

deficiência, têm contribuído para o alcance do objetivo deste Programa, na medida em que são implementadas ações como organização da rede de serviços e estruturação da assistência nessas áreas de atuação, gerando impactos efetivos na qualidade e eficiência dos serviços prestados na rede do SUS.

Em relação aos mecanismos de avaliação da satisfação do usuário, utilizam-se como instrumentos o sistema de cartas aos usuários do SUS, o Disque-Saúde, o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares e o Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas dos Cidadãos/Usuários do SUS.

Vale registrar que em razão da diversidade de ações que compõem o Programa **Qualidade e Eficiência do SUS**, do seu caráter multissetorial, e da ausência de estrutura de apoio à gerência, a sua efetiva gestão e acompanhamento, por parte do gerente, ficou muito aquém das expectativas.

## Saneamento Básico

Dentre os principais resultados do Programa **Saneamento Básico**, pode-se destacar: **Resultados**

- Execução orçamentária no exercício de 2002 correspondente a 98% do limite recebido pelo Programa, o que deve beneficiar futuramente aproximadamente 715 mil famílias.
- Consolidação de critérios epidemiológicos garantindo maior transparência na aplicação dos recursos e impactos na redução de doenças relacionadas à falta ou à inadequação das ações de saneamento financiadas pelo Programa, inclusive, a partir de 2002, para as emendas parlamentares.
- Capacitação de servidores municipais, estaduais e federais, com a realização de cursos de longa, média e curta duração.
- Publicação de manuais, cartilhas e orientações técnicas.
- Implementação conjunta com o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - Ibama de projeto referente à implantação de ações de saneamento em áreas de reservas extrativistas no estado do Acre, como piloto.
- Desenvolvimento de dois sistemas de informação que alimentarão os bancos de dados necessários para a apuração dos indicadores que vão quantificar os impactos do Programa, bem como auxiliar no planejamento das ações futuras. O 1º é o Sistema Gerencial de Acompanhamento dos Projetos de Saneamento - Sigesan, que será responsável por consolidar as informações sobre a execução das obras com recursos de 2000 e 2001. O 2º é o Sistema de Convênios - Siscon, que será usado para monitorar o fluxo de convênio na fase de celebração; contudo já se encontra em desenvolvimento o módulo para consolidar as informações no acompanhamento das obras.
- Realização do 1º Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública, com participação de mais de 800 técnicos do setor.

Cabe também frisar que os resultados do Programa **Saneamento Básico** junto ao público-alvo não são alcançados no curto prazo, requerendo um período de carência entre a escolha dos municípios e a efetivação das obras para uso da população. Entretanto, a expectativa é de que ocorra melhoria das condições de vida e na saúde da população, como descrito no relatório preliminar de auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU (ano 2002) e na literatura especializada.

Destacamos que os indicadores originalmente previstos no Plano Plurianual (PPA) foram modificados, contudo para os atuais também não é possível a apuração anual. Os indicadores propostos no Programa não permitem uma completa avaliação dos resultados do mesmo, considerando que não existe, no País, apuração anual das taxas de cobertura para as ações do Programa.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE realiza o Censo Populacional (em cada década) e a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB (os dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - PNAD, publicada anualmente pelo IBGE, é amostra que não retrata totalmente as taxas de crescimento, pois não contempla todos os municípios). Os dados apurados pelo IBGE para o ano de 2000 serão utilizados como valores de base para aferição dos resultados do Programa.

**Gerente:**

**José Antonio da Motta Ribeiro**

Vale ressaltar a importância da realização de pesquisas quantitativas em intervalos de tempos menores do que uma década, por isso é fundamental que o IBGE realize a PNSB de três em três anos, de forma a permitir a avaliação dos resultados alcançados pelo Programa.

Em 2003, há a previsão de beneficiar mais de 978 mil famílias com a consolidação da execução física e da execução financeira do ano de 2001, e também há a previsão de beneficiar 715 mil de famílias com a consolidação das execuções financeiras e físicas da execução orçamentária do ano de 2002.

## Concepção

A maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial está intrinsecamente relacionada com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia, que, com mais de quatro bilhões de casos por ano (Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS 1998), é a doença que mais aflige a humanidade. Dentre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento.

No Brasil, as doenças resultantes da falta ou inadequação de saneamento, especialmente em áreas pobres, têm agravado o quadro epidemiológico. Males como cólera, dengue, esquistossomose, tracoma, febre tifóide e leptospirose são exemplos disso.

Desse modo, os sistemas regulares de abastecimento de água, de tratamento de esgoto sanitário, de lixo e as melhorias sanitárias domiciliares contribuem para a redução da mortalidade por doenças de veiculação hídrica, que atingem principalmente as crianças.

Os dados do Censo 2000 do IBGE indicam um total de 46,5 milhões de domicílios particulares permanentes no País. Desse universo, 22,17% ainda não possuem cobertura de abastecimento de água adequada (água encanada disponível em pelo menos um cômodo, proveniente de rede geral); 33,25% não possuem esgotamento sanitário adequado (rede de coleta ou fossa séptica) e 16,79% não possuem coleta de lixo adequada (direta ou indireta).

Portanto, apenas para atender à demanda atual de saneamento básico, com base nos dados de 2000, é necessário dotar de coleta de lixo adequada aproximadamente 7,8 milhões de domicílios; de água encanada adequada, 10,3 milhões e de esgotamento sanitário adequado, 15,5 milhões de lares.

O público-alvo do Programa é a população exposta a agravos ocasionados pela falta ou inadequação de saneamento básico, prioritariamente em municípios com até 30 mil habitantes.

Porém, o número de famílias (público-alvo) previsto a ser beneficiadas no PPA 2000-2003 é inferior ao de famílias expostas a agravos ocasionados pela falta ou inadequação de saneamento básico.

Ou seja, o problema a ser enfrentado deve ser estudado adequadamente para o próximo PPA, de modo que suas ações possam levar resultados a uma parcela maior da população que sofre com a falta ou más condições de saneamento básico.

Há também a necessidade de, na concepção do Programa, estudar formas de viabilizar ações conjuntas com outros programas do PPA, como o Saneamento é Vida, de modo a maximizar esforços e evitar ações duplicadas.

O Programa promoveu a contratação de 29 pesquisas aplicadas na área de engenharia de saúde pública que possibilitarão melhor avaliar e aperfeiçoar os resultados das ações do Programa, de modo que a sua concepção e reorganização futura serão facilitadas.

Um ponto que merece destaque é a inclusão de três ações no programa do Projeto Alvorada, com um significativo aporte de recursos oriundos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, tendo como consequência imediata a adequação da seleção dos municípios a serem beneficiados pelo Programa. Além dos critérios epidemiológicos, também se passou a utilizar o Índice de Desenvolvimento Humano -IDH como critério de elegibilidade.

Em função da utilização de critérios epidemiológicos e do IDH para seleção dos municípios a serem beneficiados e da elaboração de projetos por estados e municípios, etapas iniciais para a celebração de convênios com a Fundação Nacional de Saúde - Funasa, a consolidação dos resultados do Programa pode ser dimensionada a partir da avaliação de desempenho de três fases distintas: Execução Orçamentária; Execução Financeira e Execução Física.

A Execução Orçamentária ocorre no final do exercício do referido ano, mas a Execução Financeira, em sua maior parte, efetiva-se durante o exercício do ano seguinte e a conclusão da Execução Física depende da complexidade da obra, levando cerca de 1,5 ano entre a seleção dos municípios a serem beneficiados e a efetivação da melhoria para a população.

Considerando a complexidade dos fatos relacionados anteriormente e buscando avaliar os impactos do Programa **Saneamento Básico**, a Funasa está desenvolvendo uma proposta de avaliação com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde -OPAS e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco, além das Universidades Federais da Bahia, de Minas Gerais e de Brasília.

Foram propostos indicadores tecnológicos, sanitários, de sustentabilidade, educacionais, epidemiológicos e econômicos para avaliação dos impactos das condições de saúde da população e melhoria do IDH dos municípios beneficiados com as ações do Programa.

.....

A apresentação tardia dos projetos por parte dos conveniados e a baixa qualidade dos mesmos comprometem a execução financeira dentro do exercício. As principais dificuldades observadas na implementação do Programa são a falta de:

## Implementação

- relação de beneficiários, inquérito sanitário e *croquis* das localidades a serem trabalhadas na ação de melhorias sanitárias domiciliares;
- licenciamento ambiental (mínimo da licença prévia) para a ação de esgotamento sanitário e resíduos sólidos;
- documentação de regularização fundiária dos terrenos onde serão efetuadas as obras de abastecimento de água e esgotamento sanitário; e
- termo de compromisso contendo planos de sustentabilidade dos sistemas implantados e contemplando os aspectos administrativos, tecnológicos, financeiros e de participação da comunidade, para a ação de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

Na lei orçamentária de 2002, foi mantido um significativo aporte de recursos orçamentários ao Programa, o que contribui com a possibilidade de uma maior abrangência das ações implementadas. Houve contingenciamento orçamentário com fixação no limite de empenhos, definidos pelo Ministério do Planejamento, o que limitou a execução orçamentária ao longo do ano pretendida pela Funasa. Ainda assim, ao final do exercício, a execução orçamentária correspondeu a 98% do limite recebido pelo Programa. Porém, vale destacar que a execução financeira e a execução física só devem acontecer em 2003 e 2004, respectivamente.

Os recursos financeiros liberados no exercício de 2002 não foram suficientes para liquidar os empenhos emitidos nos anos de 2001 e 2002, ficando um resto a pagar de R\$ 1.093.542.399,03.

Com base na insuficiente liberação dos recursos financeiros e em informações obtidas junto às equipes das regionais da Funasa, é possível afirmar que o cumprimento da execução física está abaixo do previsto. Para aprimorar a consolidação de dados do acompanhamento da execução, um sistema informatizado foi desenvolvido durante o ano de 2002 e implantado no final do ano.

A quantidade e qualidade dos recursos materiais disponíveis para a execução do Programa no exercício de 2002 melhoraram bastante em comparação ao ano de 2001, contudo ainda não são suficientes. A sede atual da Presidência da Funasa não apresenta as condições ideais para o desenvolvimento das atividades, principalmente em relação ao espaço físico.

A execução financeira do ano de 2003 também deve ficar comprometida, visto que os problemas acima mencionados ainda persistem.

Quanto aos mecanismos de monitoramento sobre o desempenho físico das ações com execução descentralizada, a Funasa possui uma equipe de Engenharia de Saúde Pública em cada estado. Esta equipe é responsável pelo acompanhamento da execução física do convênio, sendo realizadas em média três visitas conforme o seguinte cronograma: uma no início da obra, uma ou mais durante a execução e outra na conclusão. Porém, as equipes técnicas locais de engenharia são insuficientes para analisar os projetos e acompanhar adequadamente a execução das obras por parte dos proponentes. Esse problema é mais acentuado nas equipes dos proponentes, tendo como consequência a demora e a má qualidade dos projetos apresentados.

As ações Implantação dos Sistemas de Esgotamento Sanitário - Saúde e Saneamento no Piauí - KFW e Implantação dos Serviços de Abastecimento de Água - Saúde e Saneamento no Piauí - KFW, que se encontram sob a responsabilidade da Secretaria de Planejamento e Investimento do Ministério da Saúde, ainda estão na fase de planejamento das atividades, pois dependem de negociações com o banco alemão KFW.

A Funasa elaborou e publicou uma ordem de serviço com os procedimentos que devem ser adotados durante as visitas técnicas. Adicionalmente, está em desenvolvimento um sistema para alimentação e consolidação dos dados coletados durante o acompanhamento dos convênios.

O repasse de recursos pela modalidade de convênio acarreta uma tramitação burocrática excessiva. Considerando essa restrição, o Programa poderia prever outros mecanismos de repasse de recursos para estados e municípios, permitindo a utilização de modelos alternativos à modalidade convencional.

Quanto à organização dos trabalhos no âmbito da gerência, cabe destacar:

- a necessidade da ampliação e capacitação da equipe de trabalho face ao aumento do aporte de recursos, inclusive da equipe que compõe a gerência do Programa; e
- a baixa motivação e remuneração dos técnicos da Funasa que promovem o fomento, o acompanhamento, a supervisão e a fiscalização das obras financiadas.

A Funasa investiu em capacitação da equipe gerencial do Programa, realizando cursos de média e curta duração, destacando-se o de Desenvolvimento de Gerência Intermediária, realizado pela Escola Nacional de Administração Pública -ENAP.

Também foi viabilizada a participação em seminários e congressos, com destaque para o I Seminário Internacional de Engenharia de Saúde Pública e disponibilizados cursos de longa duração como curso de línguas, especialização em engenharia de saúde pública e mestrado profissional em vigilância e saúde.

Quanto à organização dos trabalhos no âmbito das unidades descentralizadas, a demora na liberação da programação dos valores a serem repassados aos estados e municípios, principalmente depois da mudança de demanda espontânea para demanda estimulada a partir dos critérios epidemiológicos e do IDH.

A Funasa realizou diversos cursos para os servidores de estados e municípios, destacando-se o curso de agente municipal de saneamento e o treinamento para implantação e implementação do sistema de convênio - Siscon.

Quanto à coordenação e acompanhamento dos executores, falta uma sistematização única para as ações de acompanhamento na execução dos convênios. Buscando solucionar este problema, a Funasa está criando instrumentos legais (portarias, ordem de serviço) e promovendo capacitação de pessoal.

Quanto à forma de articulação com outras unidades do Ministério, destacam-se os seguintes pontos:

- Necessidade do envolvimento das instâncias colegiadas do SUS, de forma gradativa, na definição das programações de saneamento, criando uma Programação Pactuada e Integrada que possibilite o repasse de parte dos recursos por outros mecanismos, como exemplo fundo a fundo - mecanismo usual no SUS - conforme sugestão do Conselho Nacional de Saúde, que na Decisão nº 01, de dezembro de 2001, criticou o atraso na liberação de recursos, que são empenhados, quando o são, nos meses finais do exercício, ficando a maior parte dos recursos empenhados inscrita em restos a pagar. Esta prática, além de implicar atraso de um ano se todos os recursos fossem empenhados, implica também incerteza e riscos concretos de cancelamento de empenhos no ano seguinte e, face às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal, enfrentará uma grande limitação no exercício de 2002.
- Seria desejável que no PPA, para a ação de Melhorias Sanitárias Domiciliares -MSD, fosse também utilizada a forma de repasse fundo a fundo.
- Necessidade de uma maior interação com a equipe do Ministério da Saúde responsável pelas ações Implantação dos Serviços de Esgotamento Sanitário - Saúde e Saneamento no Piauí - KFW e Implantação dos Serviços de Abastecimento de Água - Saúde e Saneamento no Piauí - KFW.

Em relação à forma de articulação com outros ministérios, há a necessidade de criação de mecanismos de interação com o Ministério das Cidades, com a Caixa Econômica Federal, Ministério da Integração Nacional e com o Ministério do Meio Ambiente, principalmente por intermédio da Agência Nacional das Águas - ANA e do Fundo Nacional de Meio Ambiente, para coibir a possibilidade de duplo financiamento da mesma obra e para discussão de uma política mais ampla para o segmento saneamento.

Quanto aos mecanismos permanentes de participação da sociedade (usuário/beneficiário), o Programa **Saneamento Básico** tem sido constantemente auditado pelo Conselho Nacional de Saúde. Lembramos a Resolução nº 2, de março de 200, e a Decisão nº 1, de dezembro de 2001, que se referem exclusivamente ao Programa.

O Projeto Alvorada fomentou a implantação de estruturas físicas, no âmbito dos municípios, denominadas Portais do Alvorada, com o principal objetivo de articular as políticas de todas as ações e programas componentes do mesmo. Hoje, são mais de 1.300 portais instalados pelo País. Esses portais têm, com frequência solicitado informações sobre as ações do Programa **Saneamento Básico** em seu respectivo município, conferindo um certo grau de participação da sociedade sobre o Programa.

A gerência do Programa de saneamento básico não realizou pesquisa de satisfação dos usuários, contudo algumas Coordenações Regionais da Funasa implantaram o programa de atendimento ao cidadão, onde estão previstas pesquisas de satisfação dos usuários dos serviços prestados.

A proposta de avaliação para o Projeto Alvorada prevê estudo de casos com a realização de pesquisas junto aos beneficiados. Ressalta-se a incorporação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social, condição prévia para a aprovação de qualquer projeto de saneamento, podendo, inclusive, o requerente utilizar parte de sua contrapartida para a implementação do referido Projeto.

Há também a necessidade de uma maior participação do público-alvo, desde a fase de concepção dos projetos para a ação de Melhorias Sanitárias Domiciliares, até o controle social de todo o Programa.

O Ministério da Saúde e a Funasa criaram gerências específicas para melhoria da gestão do Projeto Alvorada, o que contribuiu para o bom desempenho orçamentário alcançado.

## Saúde da Criança e Aleitamento Materno

O objetivo do Programa é reduzir a morbimortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade. **Resultados**

Os indicadores e seus índices, para o período 2000 a 2002, têm sido acompanhados por meio de: Censos Demográficos; Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar - PNADs - 1970/1991, Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF.

Até o final do plano, em 2003, esses indicadores deverão ser impactados pelas políticas públicas que visem à melhoria da qualidade da assistência e pelo compromisso da participação local e regional em investimentos em saúde, propiciada pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Outro aspecto importante é a adesão dos municípios e o desempenho dos gestores compromissados com a agenda da criança e a firme participação do controle social por meio dos conselhos municipais de saúde e a pactuação na Comissão Intergestoras Bipartite.

Índices:

- Taxa de Mortalidade Infantil, que mede o alcance do Macroobjetivo Redução da Mortalidade Infantil. A evolução do índice foi de 38%, entre os anos 1990 a 2000, superando a estimativa inicial a ser alcançada ao final do plano. Isso significa a redução de mais de 400 mil óbitos de crianças menores de um ano na década. Isso foi possível por meio de um conjunto de ações desenvolvidas nas três instâncias do SUS e com a participação da sociedade civil organizada e das ações intersetoriais e interministeriais.
- Coeficiente de mortalidade neonatal: insuficiência ao previsto. O coeficiente de mortalidade neonatal não sofreu grandes variações, mantendo-se em torno de 19/1000 nascidos vivos. Esse resultado não é surpreendente, devido à complexidade envolvida na mortalidade neonatal, que está relacionada com a qualidade da assistência à saúde da mulher no período reprodutivo e da atenção ao recém-nascido e recursos humanos capacitados para atender ao recém nascido.
- Mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos de idade: superado. Contribuíram para isso as ações desenvolvidas pelo setor saúde e outras como: as relacionadas à promoção e prevenção; o tratamento por meio da Terapia de Reidratação Oral - TRO, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e das Equipes de Saúde da Família - ESF; a ação da Pastoral da Criança nas comunidades de baixa renda, que conta com o apoio de recursos federais; a capacitação de recursos humanos; e a implementação da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância -AIDPI em todo o País. Foram fundamentais ainda para o resultado obtido a expansão dos serviços de saneamento básico e o grande incentivo dado à prática da amamentação no País na última década.
- Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda - IRA em menores de cinco anos de idade: superado. Este índice teve como ação de impacto a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, que vem fortalecendo o nível de atenção básica, cuja atuação das ESF/PACS e UBS tem desenvolvido ações de impacto e de resolutividade na identificação de risco para a saúde da criança e o seu acompanhamento integral.

**Gerente:**

**Ana Goretti Kalume Maranhão**

- Taxa de prevalência do aleitamento materno: superado. Contribuiu para isso as campanhas informativas regularmente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, a expansão da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e o envolvimento de parceiros, como os carteiros, bombeiros e grupos de mulheres, na promoção da amamentação.

Os principais resultados são:

- O Programa apresentou grandes avanços no período 2000-2002, como a incorporação de novos projetos como: Registro Civil de Nascimento, Método Mãe-Canguru, Biblioteca Viva em Hospitais da Rede do SUS e Bombeiro Amigo da Vida e pelo desenvolvimento das atividades já existentes. A partir de 2000, investiu-se mais ainda no processo de descentralização das atividades da saúde da criança, por meio da implementação de quatorze Centros Nacionais de Referência para a Saúde da Criança, de abrangência macrorregional. Estes Centros dão suporte à implementação de políticas de saúde formuladas pelo Ministério da Saúde, desde a capacitação de RH à realização de pesquisas epidemiológicas e operacionais que subsidiam a melhoria das ações de atenção à criança.
- O Projeto de Registro Civil recebeu apoio dos governos estaduais e municipais e das associações de notários e registradores, para o cumprimento da Lei da Gratuidade, nº 9.534/97 e da Lei nº 10.169/00, que permitiu a criação de Fundos de Ressarcimento ao Registro Civil. Essas parcerias permitiram a implantação de sessenta postos de registros nas maternidades. Em maio de 2002, o Ministério da Saúde - MS estabeleceu um incentivo de R\$ 5,00 por criança, para que as maternidades propiciem o registro das crianças na hora da alta hospitalar, financiado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Estima-se que tenham sido registradas, no ano 2002, 2,4 milhões de crianças.
- O Projeto Biblioteca Viva é desenvolvido, desde 2000, pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Abrinq e o Citibank, com o objetivo de promover a humanização da assistência à criança e ao adolescente hospitalizados e assistidos em ambulatórios da rede pública, por meio da mediação de leitura infanto-juvenil. Abrange 26 unidades hospitalares e, em 2002, foram assistidas 217 mil crianças e adolescentes. Através do Protocolo de Atuação Conjunta entre o Ministério da Saúde e Cultura, foi recebida a doação, pela F. D'Paschoall, de 313.800 livros educativos e de literatura infanto-juvenil, distribuídos às instituições públicas do SUS.
- O Projeto Método Mãe-Canguru procura humanizar o atendimento em maternidades de referência para alto risco. O Ministério da Saúde tem capacitado profissionais de equipe multidisciplinar dessas maternidades visando melhorar a qualidade da Atenção aos Recém-Nascidos de Baixo Peso e Prematuros. Esse método além de melhorar a qualidade da assistência a esses bebês, contribui para uma menor estadia no hospital, diminuindo o custo total do cuidado prestado ao prematuro. Fatores como o baixo nível de educação e de renda das mães e a grande incidência de mães adolescentes que dão à luz a bebês prematuros devem ser levados em conta enquanto permanecem na maternidade, essas mães são orientadas sobre como cuidar do bebê prematuro, da alimentação, entre tantas outras condutas, diminuindo a incidência de morbimortalidade infantil. Este projeto capacitou 269 maternidades nas quais treinou 1.850 profissionais. Recebeu, em 2002, o Prêmio Racine, que valoriza as iniciativas que contribuam para a melhoria da saúde pública no País.

- A Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância apoiou a capacitação de mais de 6.636 mil profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, dos serviços e das universidades, melhorando a assistência às crianças menores de cinco anos, reduzindo as internações e principalmente diminuindo os óbitos nesta faixa etária.
- A implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano - no período de 2000 a 2002, foram implantados 51 Bancos de Leite Humano - BLH nas diversas regiões do País. Isso permitiu que fossem coletados, pasteurizados e distribuídos gratuitamente 100.276 litros de leite humano destinados aos prematuros e crianças de baixo peso ao nascer, e filhos de mães portadoras do vírus HIV. Além dessa atuação, os BLH são locais de disseminação de informações sobre a prática da amamentação para gestantes e nutrízes.
- A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem contribuído para a humanização e melhoria da qualidade da assistência ao binômio mãe-filho e tem recebido atenção especial, com a introdução de mudanças nas práticas e rotinas hospitalares. O hospital deve cumprir dez passos importantes para o sucesso da amamentação e mais cinco critérios definidos pelo Ministério da Saúde para receber o título de Hospital Amigo da Criança. Esta iniciativa favorece o contato precoce mãe-filho logo após o nascimento, a convivência no alojamento conjunto, a orientação para a amamentação adequada e sobre livre demanda, e a orientação ao não uso de bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL). Os hospitais que recebem o certificado de acreditação recebem, do Ministério da Saúde, um adicional de R\$ 20,00 reais por parto realizado.
- Em 2001 a coordenação do Programa recebeu o 6º Prêmio Helio Beltrão no Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal com o Projeto Carteiro Amigo e, em 2002, o 7º Concurso com o Projeto Bombeiros da Vida implantado em dez estados brasileiros em parceria com os CBM. Estes projetos visam o resgate da cultura da amamentação.

.....

Em 1984, foram estabelecidas as diretrizes para elaboração, implantação e implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança em parcerias com os estados e municípios - Paisc. Foi a partir dessas diretrizes que as ações básicas de assistência integral à saúde da criança foram formuladas pelo Ministério da Saúde no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde. Participaram desse processo os ministérios da área social que possuem interface com as atividades de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde infantil. A partir desse quadro, foi definida a Política de Saúde Criança e Aleitamento Materno, constante do PPA, e desenvolvida de forma programada, pactuada e integrada envolvendo as três esferas do governo e organizações não-governamentais.

## Concepção

A necessidade de redução da mortalidade infantil no País, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, zonas rurais e periferias dos grandes centros urbanos, fez com que fossem intensificadas as atividades envolvendo as famílias, em especial as mães. A expansão das atividades relativas à saúde da criança exigiu a construção de parcerias que agregassem recursos financeiros, humanos, administrativos, tecnológicos e, especialmente, permitissem aproximar as ações da população. Contribuíram para os bons resultados obtidos: a expansão dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, a atuação da Pastoral da Criança, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e de organizações não-governamentais.

Em relação aos atributos do Programa, há necessidade de aperfeiçoamento quanto à:

- Pertinência das ações: o Programa segue uma lógica que prioriza a assistência nos diversos níveis de atenção (básica, secundária, terciária e de reabilitação) combinada com uma execução descentralizada e o estabelecimento de parcerias com outros órgãos, governamentais e não-governamentais.
- Suficiência das ações: as ações do Programa de Saúde da Criança, constantes do PPA 2000-2002, necessitam ser ampliadas para viabilizar, com eficiência e eficácia, a melhoria das diversas ações de promoção e assistência à saúde para seu público-alvo: recém-nascido, notadamente de alto risco; aos menores de um ano; e menores de cinco anos.
- Adequação dos indicadores: é pertinente, para maior precisão na aferição de resultados e considerando os avanços ocorridos, a substituição do indicador: Taxa de Prevalência do Aleitamento Materno, cujos índices em 1996 e 1999 eram, respectivamente, 40,3% e 50%; pelo indicador Taxa de Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo de 0 a 4 meses, cujos índices em 1986 e 1999 eram, respectivamente, 3,6% e 35,6%.
- Estratégia para a Implementação: a estratégia de implementação do Programa precisa ser aperfeiçoada quanto à forma de repasse dos recursos envolvidos (convênios, repasse fundo a fundo, contrato de repasse etc.), no sentido de um trâmite mais rápido, o que permitiria uma melhor execução das metas estabelecidas.

## **Implementação**

Fazem parte do financiamento global da Saúde da Criança recursos alocados na Secretaria de Assistência a Saúde /MS, destinados ao pagamento de procedimentos como: Acreditação de Hospitais da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, do Projeto de Registro Civil de Nascimento, do Teste do Pezinho, do alojamento conjunto, do pediatra na sala do parto e da internação do recém-nascido de baixo peso.

No PPA 2000-2002, foram alocados em quatro subprojetos/atividades o valor de R\$ 8,125.524 milhões. Estes recursos foram utilizados no desenvolvimento de quatorze atividades executadas de forma direta ou indireta pelo Programa de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Às parcerias público-privadas, estabelecidas pelo Programa de Saúde da Criança, por intermédio de protocolos de cooperação e de atuação conjunta, foram agregados novos recursos e competências que maximizaram e promoveram a expansão de atividades do Programa. É o caso do Projeto Carteiro Amigo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Ministério das Comunicações e Empresa de Correios e Telégrafos; o Projeto Método Mãe-Canguru do Ministério da Saúde em parceria com a Fundação ORSA, o BNDES e apoio técnico dos Centros Nacionais de Referência.

Atualmente, são parceiros do Ministério da Saúde:

- Ministério das Comunicações, por intermédio dos Correios - Projeto Carteiro Amigo;
- Ministério da Cultura, por intermédio da Fundação DPaschoall - Projeto Biblioteca Viva em Hospitais da Rede SUS;
- Banco BNDES e Fundação ORSA - Projeto Método Mãe-Canguru;
- Citibank e Fundação Abrinq - Projeto Biblioteca Viva em Hospitais da Rede SUS;

- Casa Civil, Corregedorias Estaduais de Justiça dos estados e DF, Arpen-BR, Anoreg-BR, SES, Maternidades do SUS - Projeto de Registro Civil de Nascimento; e

- Corpo de Bombeiros Estaduais e Municipais - Projeto Bombeiro da Vida

As parcerias na área governamental com maior grau de vinculação são:

- Secretarias Estaduais de Saúde;
- Secretarias Municipais de Saúde;
- Secretaria de Assistência à Saúde - SAS;
- Secretaria de Assistência Social;
- Área Técnica de Políticas de Alimentação;
- Área Técnica da Saúde da Mulher;
- Área Técnica de Saúde do Adolescente;
- Área de Trauma e Violência/Astec/SAS;
- Programa Saúde da Família - PCS/PSF;
- DST/Aids;
- Comunidade Solidária; e
- Conanda/MJ.

As parcerias na área não-governamental com maior grau de vinculação são:

- Pastoral da Criança;
- Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP;
- Agência de Notícias dos Direitos da Infância - ANDI;
- *World Alliance for Breastfeeding Action* - WABA; e
- Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids - ABIA.

As parcerias com organismos internacionais com maior grau de vinculação são:

- Unicef; e
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS.

Pode-se afirmar que as parcerias são imprescindíveis na questão da construção das políticas públicas de modo geral, e em especial na saúde da criança.

Todas as ações e projetos executados são monitorados em seu desempenho físico. O nível central recebe das coordenações de saúde da criança, dos estados e municípios, todas as informações relativas ao processo de implantação e ou implementação. As atividades realizadas via convênios com os Centros Nacionais de Referência para a Saúde da Criança são monitoradas por meio de assessorias técnicas e pelo envio de dados para o nível central.

A equipe gerencial do Programa tem procurado um constante e permanente aperfeiçoamento e atualização nos assuntos pertinentes à saúde da criança. A equipe técnica tem participado regularmente dos cursos de atualização referentes ao PPA.

As equipes de saúde da criança, dos níveis estaduais e municipais, têm recebido aportes para capacitação e treinamento nas atividades da saúde da criança. No período do PPA 2000-2002, foram capacitados 50.648 profissionais de saúde.

Em relação aos mecanismos de participação da sociedade, a descentralização do Programa faz com que estados e municípios devam incorporar essas práticas junto aos seus usuários, especialmente nas Unidades Básicas de Saúde -UBS, onde são desenvolvidos programas educativos junto às mães e às famílias. A equipe gerencial recorre à visitas periódicas de assessoria técnica aos estados e municípios para estimular e acompanhar essa questão. Os congressos, seminários, *workshops* são fóruns importantes para a busca e troca de experiências exitosas que permitam a análise do quadro de participação do usuário/beneficiário na condução do Programa.

As pesquisas de satisfação dos usuários são elaboradas e executadas por meio de diversos métodos quantitativos e qualitativos visando aferir resultados das ações e o impacto sobre a saúde da criança. São utilizados instrumentos como: questionários, consultas de acompanhamento, pesquisas por amostragens diretamente pelo Ministério e por meio de cartas aos usuários do SUS, visando identificar hospitais/maternidades com atendimento considerado bom. As pesquisas são fontes de referência para validar alguns indicadores, adequar novos instrumentos de avaliação e redirecionar as atividades da área.

## Saúde da Família

### Resultados

Objetivo do Programa: ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde tendo as equipes de Saúde da Família como eixo estruturante.

A variação dos índices dos indicadores do Programa demonstra que os objetivos foram alcançados. Esses indicadores mostram a ampliação do acesso da população aos benefícios trazidos pela atuação de Equipes de Saúde da Família - ESF e Agentes Comunitários de Saúde - ACS, medida pela ampliação do número de equipes e agentes; e o impacto positivo da atuação dessas equipes nas condições de saúde da população, materializado pela redução das taxas de mortalidade.

Quanto ao índice de cobertura da população pelos ACS, a meta prevista para 2002, de 150 mil agentes, foi ultrapassada em dezembro de 2001, quando já estavam atuando 153 mil agentes comunitários de saúde. Portanto, a meta prevista para 2002, no mês de dezembro deste mesmo ano, já havia sido ultrapassada em 17%, ou seja, 175,4 mil agentes qualificados, atendendo a 90,7 milhões de pessoas, cerca de 53% da população, em 5.076 municípios.

É importante registrar que o aumento do percentual da população coberta por ACS não correspondente ao crescimento do número de agentes em atuação, por causa do limitador de cobertura em 100% decorrente de ajustes realizados na fórmula de cálculo para que nenhum município apresente mais de 100% de sua população coberta por essas ações.

Quanto à cobertura da população pelas ESF, em dezembro de 2002, o Programa já contava com 16.698 equipes, atendendo a 55 milhões de pessoas, 31,8% da população em 4.161 municípios, ou seja, atingiu-se 83% da meta proposta para este ano. Comparado ao ano 2001, verifica-se um crescimento de 25% nesta cobertura.

Iniciada em 2001, as ações de saúde bucal, voltadas para a prevenção e tratamento odontológicos, contavam com a atuação de 2.248 equipes formadas por dentistas, auxiliares de consultório dental e técnicos de higiene bucal, em 1.288 municípios. Em dezembro de 2002, já existiam 4.261 equipes, atuando em 2.302 municípios, atendendo a 26 milhões de pessoas, cerca de 15% da população. Isto significa um crescimento de 89% em relação a dezembro de 2001.

Com relação aos indicadores de mortalidade infantil por doença diarreica aguda e por infecção respiratória aguda, em menores de cinco anos de idade, a velocidade da melhoria destes indicadores diminui na medida em que intervenções mais complexas passam a ser exigidas.

Quanto às taxas de mortalidade, sua redução não possui apenas uma relação direta com a atuação das equipes. Apesar desse ser um fator importante, outros estão presentes, como, por exemplo, o acesso à alimentação adequada e condições adequadas de saneamento básico.

Com relação ao Indicador de Cárie Dental - CPO-D, cuja viabilidade de cumprimento depende de um inquérito que está em fase inicial, o Departamento de Atenção Básica propôs em 2001 a inclusão de um novo indicador que o complementa: taxa de cobertura da população pelas ações de saúde bucal vinculadas às equipes de saúde da família. A meta para 2002, desse novo indicador, é que sejam cobertas pelas equipes de saúde bucal 32% da população brasileira.

**Gerente:**

**Heloíza Machado de Souza**

O princípio operacional do PSF, de limitação de clientela, estabelece um vínculo das equipes e das unidades básicas de saúde da família com a população, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Isso se constitui um grande diferenciador do modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

A velocidade de expansão do Programa comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresenta um crescimento expressivo nos três últimos anos, impulsionado por uma série de medidas tomadas pelo Governo Federal, destacando-se a sua inclusão no Plano Plurianual - Avança Brasil.

Os principais resultados obtidos, no período de 2000 a 2002, envolvem:

- redistribuição regional dos recursos financeiros para a Atenção Básica à Saúde, com a implementação do Piso de Atenção Básica - PAB;
- ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde;
- ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde bucal;
- ampliação do acesso da população a medicamentos básicos, com a implementação da Farmácia Popular; e
- intensificação da capacitação de recursos humanos para atuarem nas ações e serviços de saúde, segundo os princípios do PSF.

Neste último resultado citado, é importante ressaltar que a mudança do modelo de atenção à saúde impôs uma capacitação dos profissionais envolvidos. Por isso foram intensificadas as ações de apoio à formação de Pólos de Capacitação, formação de educação permanente de pessoal para a Saúde da Família, como espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e que se consorciaram ou celebraram convênios com secretarias estaduais e/ou municipais de saúde para implementarem programas destinados aos profissionais vinculados ao PSF.

A evolução histórica do Programa e os dados disponíveis no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, indicam a viabilidade de alcance dos índices previstos para 2003. Por exemplo, além, dos agentes em atuação no País, os municípios solicitaram autorização, que foi concedida, para implantarem mais 30 mil ACS. Quanto às ESF, mais 6.900, além das 16.657 implantadas, já estão autorizadas pelo Ministério da Saúde.

A mudança do modelo de financiamento da atenção básica, com a implantação do Piso de Atenção Básica - PAB, permitiu um significativo incremento nas ações básicas de saúde. O PAB substituiu o pagamento por prestação de serviços, que vinha sendo praticado pelo Governo Federal há mais de duas décadas. Com a implantação desse Piso, os recursos financeiros federais para a atenção básica passaram a ser transferidos mensalmente, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.

Para 2003, espera-se obter a ampliação do número de ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, com conseqüente aumento da cobertura populacional por estas equipes.

A tendência da implantação do Programa, embora amplie o acesso aos serviços de saúde de segmentos populacionais até então excluídos, tem que ser melhorada, passando a incorporar os grandes centros urbanos. Até dezembro de 2002, apenas 22% da população dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes estavam vinculadas às ESF.

Nesse contexto, o atual desafio assumido é o de estender a cobertura do PSF aos grandes municípios, que possuem uma rede de serviços estabelecida, mas insuficiente; qualificar a atuação das ESF, com a garantia da resolutividade de suas ações e da referência e contra-referência.

.....

Como problema a ser enfrentado, com a criação do Programa, aponta-se a existência de um contexto social em que predomina um modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no País, centrado na doença, concentrando majoritariamente ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos, configurando-se em um modelo de cunho curativo, que privilegia uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e excludente, que inviabiliza práticas interdisciplinares e intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente são determinantes do processo saúde-doença.

## Concepção

Com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, tendo as equipes de saúde da família como eixo estruturante, o Programa foi incluído no Plano Plurianual 2000-2003, tendo como justificativa a necessidade de ampliar a resolutividade dos serviços e de reduzir as taxas de morbidade por causas preveníveis, mediante a reorganização do modelo de atenção à saúde.

O PSF tem provocado um importante movimento para a nova organização do modelo de atenção à saúde vigente. Considerado como estratégia estruturante do sistema, imprime uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde.

A estratégia Saúde da Família combina os enfoques preventivo, educativo e de promoção à saúde, com a proteção específica, diagnóstico e tratamento oportunos e com conduta reabilitadora. O enfoque tradicional da atenção, voltado para o indivíduo, é superado pela centralidade da família, da comunidade e do ambiente, e pela atuação em todo o processo saúde-doença, de forma contínua no tempo e no espaço geográfico.

Ao incentivar a participação das lideranças em todas as fases de operacionalização do PSF, as equipes valorizam as potencialidades locais e contribuem para elevar o capital social das populações assistidas. O grande desafio, hoje, para a reorganização da atenção básica a partir da estratégia Saúde da Família, é a sua implantação e consolidação nos grandes centros urbanos.

A tendência da implantação do Programa, embora amplie o acesso aos serviços de saúde de segmentos populacionais até então excluídos, tem que ser melhorada passando a incorporar os grandes centros urbanos. Até setembro de 2001, apenas 15% da população dos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes estavam vinculadas às ESF.

Nesse contexto, o atual desafio assumido é o de estender a cobertura do PSF aos grandes municípios, que possuem uma rede de serviços estabelecida, mas insuficiente; qualificar a atuação das ESF, com a garantia da resolutividade de suas ações e da referência e contra-referência.

Outro problema que precisa ser superado é o encaminhamento de pacientes para exames complementares e apoio terapêutico. Nem sempre há garantia de atendimento adequado desses pacientes. A Norma Operacional da Assistência - NOAS/SUS 01/2001 e 01/2002 aponta e induz o caminho da regionalização da assistência para vencer esse desafio.

Vários aspectos do Programa precisam ser aperfeiçoados, intensificados, sem, entretanto, implicar mudanças na PLOA 2003. Entre esses aspectos, destacam-se:

- redefinição do modelo de financiamento do Programa em grandes centros urbanos - esse tema é tratado pelo Projeto de Implantação e Expansão da Saúde da Família - Proesf, cuja implementação é financiada com recursos do Tesouro Nacional e do Banco Mundial, conforme contrato assinado em 26 de setembro de 2002;
- ampliação e agilização das ações de capacitação de recursos humanos - esse tema também está incluído no Proesf e estratégias operacionais para seu enfrentamento estão desenhadas; e
- implantação das redes regionalizadas de serviços de saúde, visando garantir resolutividade para as Equipes de Saúde da Família.

Com relação à estratégia de implementação, alguns aspectos necessitam ser aperfeiçoados:

- ampliar a articulação com o Ministério da Educação no campo da formação de profissionais para atuarem na atenção básica segundo os princípios do PSF;
- com relação aos recursos repassados a estados, deverá haver uma forma de garantia de aplicação dos recursos de contrapartida. Deverão, ainda, ser definidas fontes suficientes e mecanismos regulares para financiamento dos pólos de capacitação; e
- aperfeiçoamento das metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação do Programa.

Dentre os aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para o alcance dos resultados do programas, destacam-se:

- as mudanças ocorridas na modalidade de financiamento do Programa: a partir de novembro de 1999, os incentivos financeiros foram vinculados à cobertura populacional do Programa nos municípios;
- parcerias com gestores municipais;
- parcerias com instituições de ensino superior; e
- adoção de práticas avaliativas.

No âmbito do Programa, destacam-se algumas ações realizadas e que não estão expressas no PPA:

- Ações de acompanhamento, avaliação e controle => realização regular de auditorias nos municípios para fiscalizar o uso dos recursos financeiros e analisar a gestão do sistema local; avaliação da implantação e funcionamento do PSF no Brasil; avaliação da assistência farmacêutica básica; avaliação do Piso de Atenção Básica - PAB; avaliação do perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família - PSF (perfil dos médicos e enfermeiros do

PSF no Brasil); determinação e avaliação do custo do PSF; e avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente dos Profissionais da Saúde da Família.

- Capacitação das ESF => recursos provenientes do orçamento federal e de recursos de empréstimo do Projeto Reforsus - Fontes BID e BIRD, foram alocados para: desenvolvimento dos Pólos de Capacitação (50 convênios); realização das especializações e residências multiprofissionais.
- Aquisição de equipamentos => aquisição de equipamentos para audiovisual (TV e vídeo), informática (impressoras e computadores) e mobiliário em geral, composto de 6.385 kits, para 3.452 instituições beneficiadas, sendo SMS, Pólos de Capacitação e coordenações do PACS/PSF; e aquisição de equipamentos para laboratório, entregue a 55 prefeituras beneficiadas; 28 convênios envolvendo aquisição de equipamentos para serem instalados em serviços ambulatoriais de atuação ou de referência das equipes de Saúde da Família.
- Produção de materiais didático-pedagógicos => manuais, apostilas, cartilhas, revistas, informes dentre outros.

.....  
O padrão de execução financeira do Programa, no período 2000-2002, está dentro do previsto, considerando que nos respectivos anos os recursos foram liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação, com relação à maioria das ações. Por exemplo, a transferência dos recursos integrantes do Piso de Atenção Básica - PAB, parte fixa e incentivos financeiros ao PSF/PACS e Saúde Bucal, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, ocorreu mensalmente, conforme previsto.

## Implementação

Entretanto, para a ação de Capacitação de Recursos Humanos em Atenção Básica, os recursos de 2001 não foram liberados, não causando prejuízos maiores porque foi possível contar com restos a pagar de 2000. Por outro lado, o incremento de recursos na LOA 2002 agilizou o processo de implementação do Programa.

Verificou-se, em 2002, restrições causadas pela inadimplência de estados, que impediu o fechamento de convênios para a realização de cursos de residência e especialização. Da mesma forma, também houve outras restrições relacionadas à contratação de instituições para realização dos cursos de residência e especialização, devido a:

- dificuldades das instituições em apresentar toda a documentação necessária para efetivação do contrato de prestação de serviço, principalmente as certidões negativas;
- em alguns casos não houve participação de nenhuma instituição no processo licitatório;
- demora na tramitação dos processos; e
- baixa demanda por parte dos alunos em alguns cursos, motivada sobretudo por dificuldades de conciliação do calendário dos cursos com o calendário do ano letivo.

Em termos de pessoal, houve um grande esforço no sentido de propiciar um aprimoramento técnico-administrativo aos profissionais envolvidos nas atividades de gerência e coordenação das ações do PSF no nível central. Para isso, há dois profissionais cursando doutorado na área de Gestão em Saúde, dez cursando mestrado profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde e em Administração de Saúde/Gestão dos Sistemas de Saúde; além de profissionais cursando especialização e outros cursos de menor duração.

Continua em evolução a realização de capacitação nas unidades da Federação, através dos pólos de capacitação, formação e educação permanente do pessoal do PSF, uma rede de instituições comprometidas com integração ensino - pesquisa, voltadas para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família e a organização da atenção básica.

Durante o ano de 2001, relatórios quadrimestrais, preenchidos pelos pólos, apresentaram, em um primeiro momento, a produção e resultados alcançados na ação de Capacitação de Recursos Humanos em Atenção Básica. Foram capacitados 50.514 profissionais em 2000, 85.090 em 2001, incluindo a capacitação de ACS em dengue e das equipes de saúde bucal e, 90.135 profissionais até setembro de 2002. Foram estabelecidos 67 cursos de especialização em nível de graduação, em Saúde da Família, com 3.031 profissionais cursando, e dezenove cursos de residência, com 395 profissionais cursando.

Em 2002, cabe citar que os recursos materiais e a infra-estrutura, no nível central, foram adequados para a implementação do Programa. Porém, há que se destacar que nos municípios ainda há deficiência relacionada à infra-estrutura e déficit de recursos materiais, assim como escassez de profissionais (médicos e enfermeiros) para integrarem as equipes de Saúde da Família. É, também, insuficiente a qualificação das equipes locais, onde ocorre a inadequação do currículo dos cursos de medicina e enfermagem para o exercício das atividades do PSF.

É importante destacar, quanto aos recursos humanos no nível central, que grande parte dos consultores envolvidos na gestão do Programa é contratada por intermédio de organismos internacionais, o que deixa certa vulnerabilidade no Programa, tendo em vista, principalmente, definição do Ministério Público quanto aos aspectos e prazos relacionados a este tipo de contratação.

O desempenho das parcerias na execução das tarefas e no cumprimento das metas acordadas vem sendo satisfatório. O PSF, por ser uma estratégia de organização da atenção básica, possui uma relação intrínseca com várias áreas do Ministério da Saúde, tais como saúde da criança, saúde da mulher, pneumologia sanitária, dermatologia sanitária, doenças sexualmente transmissíveis, controle de endemias, entre outras, e fornecem o conteúdo das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família. No geral, o desempenho físico das ações executadas por essas áreas ficou dentro do previsto.

É importante também registrar a parceria financeira e operacional com o Projeto Reforsus, que tem apoiado ações de capacitação e aquisição e distribuição, para as unidades de Saúde da Família, de equipamentos de informática e outros voltados para assistência. A parceria entre o Ministério da Saúde e organismos internacionais foi fundamental para o atual estágio de desenvolvimento do Programa, assim como com estados e municípios que aderiram maciçamente ao Programa. Uma parceria precisa ser ampliada: com os estados, no sentido de viabilizar incentivos estaduais ao PSF.

Os princípios e as características operacionais do PSF e do trabalho dos agentes comunitários de saúde potencializam a participação social, em todas as etapas de implantação e implementação do Programa. Para a adesão do município ao PSF, é exigida a sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, a quem compete também acompanhar todo o desenvolvimento da política local de saúde. As equipes de saúde da família são estimuladas para apresentar, sistematicamente, seus resultados aos conselhos locais ou municipais de saúde.

A coordenação do PSF ainda não implantou, de forma sistemática, um processo de consulta aos usuários do Programa para mensurar seu grau de satisfação com a prestação de serviços. Em alguns municípios, esse tipo de consulta já é realizado e utilizado para redirecionar algumas ações e, principalmente, a postura dos profissionais. No âmbito da coordenação, existe uma central de atendimento que responde às questões vinculadas ao Programa. Apesar de atender a um número expressivo de consulta de usuários, ela é procurada mais por gestores e profissionais de saúde.

Cabe citar que, quanto ao monitoramento do desempenho físico das ações com execução descentralizada, o Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB, criado em 1998, permite o acompanhamento regular do número de equipes implantadas, gerando informações para transferência de recursos financeiros de incentivo do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde. Com relação às ações viabilizadas por convênios (implementação e pólos de capacitação), o monitoramento é realizado por relatórios quadrimestrais de execução das metas.

## Saúde da Mulher

**Resultados** O Programa tem por objetivo reduzir a morbimortalidade da mulher por complicações da gravidez, parto, puerpério e outros agravos da condição feminina.

Os indicadores do Programa são: Coeficiente de mortalidade materna; Coeficiente de atendimento pré-natal e Taxa de cesarianas no SUS.

Os fatores de correção da subnotificação da mortalidade materna (definidos na década de 1990) não estão adequados à realidade atual. O Programa adota como indicador a taxa de letalidade materna nos hospitais do SUS. Já está em andamento um estudo nacional para identificar a atual magnitude e estrutura da mortalidade materna nas cinco regiões do País, a partir do qual será possível estimar novos fatores de correção do coeficiente, obtido a partir das declarações de óbito, e monitorar os níveis de mortalidade materna no País.

A taxa de letalidade materna no SUS diminuiu de 34,8 óbitos em 100 mil internações em 1997 para 28,6 em 2001, e esta mesma taxa, no momento do parto, declinou de 32,5 para 24,2 óbitos em 100 mil partos no mesmo período.

A taxa de cesariana no SUS já tem se mantido de acordo com a meta prevista para 2003, que é de 25%.

Com relação ao coeficiente de atendimento pré-natal, não foi detectada melhoria no período de 2000 a 2002 (média de 4,2 consultas/mulher). O sistema de informações não tem sido alimentado pela totalidade dos municípios, o que impede de registrar o aumento desse índice, mesmo que este tenha ocorrido. A implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento em mais de 4 mil municípios brasileiros propicia o aumento de consultas de pré-natal. Nestes municípios, haverá viabilidade de se alcançar o índice previsto para 2003 e a verificação se dará pelo sistema Sisprenatal.

As principais ações que possibilitaram o alcance dos resultados no período 2000-2002 foram:

- Melhoria da Qualidade da Assistência à Gestação, Parto e Pós-Parto

Ações mediadas por mecanismos de financiamento da assistência no Sistema Único de Saúde - SUS; melhoria da qualidade da assistência ao parto (ações iniciadas em maio/98: inclusões de procedimentos e reajustes de valores de remuneração na tabela SIH/SUS; melhoria da qualidade em urgências e emergências obstétricas (Sistema de Gestação de Alto Risco); melhoria da qualidade da assistência pré-natal: melhoria da informação das mulheres sobre gravidez, parto e pós-parto; capacitação de profissionais de saúde; vigilância do óbito materno; e conhecimento mais preciso da magnitude e estrutura da mortalidade materna.

- Ampliação do acesso ao Planejamento Familiar

Provisão de insumos; capacitação de profissionais; e promoção da melhoria da gestão.

- Implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero - PNCCU.

- Assistência à mulher em situação de violência.

Gerente:

Tânia Di Giacomo do Lago

Humanização da assistência: com o objetivo de reconhecer e incentivar maternidades que fazem parte da rede SUS, o Ministério da Saúde criou o Prêmio Galba Araújo dirigido a instituições que se destacam na humanização do atendimento à gestante e ao recém-nascido, estimulam o parto normal com alojamento conjunto e o aleitamento materno. Desde sua primeira edição, em 1999, quinze maternidades já foram premiadas em todo o País.

- Região Norte: Maternidade Alvorada - Manaus/Amazonas
- Região Nordeste: Unidade Mista Felipe Camarão - Natal/Rio Grande do Norte
- Região Centro-Oeste: Maternidade Nascer Cidadão - Goiânia/Goiás
- Região Sudeste: Maternidade Haideé Espejo Conroy - Betim/Minas Gerais
- Região Sul: Fundação Hospitalar de Três Barras - Santa Catarina/Santa Catarina

Primeiros resultados/parcerias desta ação: no ano de 2001, o Ministério da Saúde iniciou um processo de capacitação para a atenção humanizada ao parto e nascimento em parceria com o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas - CHPT do Hospital São Pio X, de Ceres (GO), um dos vencedores do Prêmio Galba de Araújo. O objetivo da capacitação em atenção humanizada ao parto - nascimento é discutir com os profissionais de saúde a necessidade do desenvolvimento de habilidades relacionais que favoreçam a evolução fisiológica do ciclo gravídico-puerperal, enfatizando a qualidade da relação terapêutica como a base para a humanização da assistência.

Além disso, a capacitação visa estimular o parto normal e o aleitamento materno e a adoção de rotinas e práticas que respeitem a autonomia das mulheres e evitem procedimentos técnicos invasivos. Até o momento, nestas capacitações, estão envolvidos o Hospital Bárbara Heliodora do Acre, Hospital da Mulher do Amapá, Maternidade Frei Damião e Instituto Cândida Vargas da Paraíba, Hospital Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, Maternidade Nascer Cidadão de Goiânia, a Universidade Federal da Paraíba - Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, o Hospital Universitário Clemente de Faria - Unimontes, Hospital Sofia Feldman, as Secretarias Municipais de Saúde de Maceió e Recife e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Até novembro de 2002, foram capacitados 139 profissionais de saúde, em sua maioria médicos e enfermeiras.

Por meio de um convênio com o Hospital Sofia Feldman, iniciou-se cursos para formação de doulas comunitárias, nesse contexto de buscar melhorar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto e o nascimento.

Estudos realizados em diversos países, entre eles o Brasil, demonstraram resultados perinatais favoráveis com a introdução de doulas realizando atividades de apoio durante o trabalho de parto, tais como: suporte emocional, medidas de conforto físico (como massagens, banhos e compressas), suporte de informações etc.

Outra iniciativa para a assistência à maternidade é o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que visa melhorar a assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais, buscando sensibilizar gestores estaduais e municipais e profissionais de saúde para reconhecerem as parteiras como parceiras na área da assistência obstétrica.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais insere-se entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Em 2001, haviam sido capacitadas 539 pessoas e, em 2002, foram mais 517, totalizando 1.056 desde a implantação do Programa até agosto de 2002.

Em agosto de 2002, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi uma das experiências agraciadas com o Prêmio Hélio Beltrão, no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal, o que denota o reconhecimento desta iniciativa como experiência bem-sucedida, em especial no que se refere ao estabelecimento de parcerias entre o Governo Federal, secretarias estaduais e municipais de saúde e organizações não-governamentais, para a superação de problemas e busca de melhorias na qualidade de vida.

Além das ações voltadas para a assistência à maternidade, o Programa Saúde da Mulher também atua na promoção do planejamento familiar. O Ministério da Saúde retomou a compra centralizada de insumos anticoncepcionais no ano 2000, com a perspectiva de atender, no primeiro ano, 30% da demanda potencial para anticoncepção no SUS. O atendimento cresceria para 60% e 100% no segundo e terceiro ano, respectivamente.

Foram comprados e distribuídos, nos meses de outubro de 2000 e abril de 2001, os seguintes métodos anticoncepcionais: 6.210.600 cartelas de pílulas de baixa dosagem; 582.300 ampolas de injetável trimestral; 158 mil unidades de DIU e 30 mil unidades de diafragma.

Após a distribuição, foi realizada uma avaliação da utilização dos métodos que tomou por base os balancetes enviados pelas secretarias estaduais de saúde e das capitais e o número de diafragmas fornecidos e DIUs inseridos conforme boletim SIA/SUS, no período de janeiro de 2000 até abril de 2001. Os balancetes indicaram que em treze estados não havia estoques de métodos anticoncepcionais nos almoxarifados estaduais. Nos demais, havia estoque central de DIUs e/ou diafragmas e/ou injetáveis trimestrais. Os boletins do SIA/SUS, por sua vez, não indicavam aumento do número de diafragmas fornecidos ou de DIUs inseridos, sendo alguns dados pouco confiáveis.

Os resultados da auditoria realizada nos meses de abril e maio de 2001, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus, sobre a distribuição dos métodos anticoncepcionais indicaram que dos oitenta municípios auditados, 65 receberam algum tipo de método anticoncepcional enviado pelo Ministério da Saúde (81%). Que as coordenações estaduais e regionais do Programas de Saúde da Mulher desconhecem, em sua maioria, a situação das ações de Planejamento Familiar desenvolvidas nos municípios e utilizam critérios de distribuição dos métodos contraceptivos que não levam em consideração a realidade local, além da existência de estoques significativos de DIUs e diafragmas em almoxarifados regionais e municipais. Em muitos casos, estes insumos foram enviados a municípios que não possuem profissionais capacitados na rede pública para indicação ou inserção destes métodos.

Também foi observado que as centrais de abastecimento farmacêutico estaduais (com exceção para RJ, SP, PR e MT), regionais e municipais dos estados auditados não ofereciam condições adequadas de armazenamento. Em muitos municípios verificou-se também, a insuficiência de recursos humanos capacitados para a ação educativa em saúde sexual e reprodutiva e, também para a prescrição de métodos anticoncepcionais, principalmente para a inserção do DIU e orientação e indicação do diafragma.

Diante destes fatos, foi interrompida temporariamente a compra de métodos contraceptivos e realizada uma licitação para Ata de Registro de Preços de todos os métodos contraceptivos para que estados e municípios que desejassem fazer a compra pudessem ter acesso a preços menores.

Tais dados foram levados para apreciação na reunião com representantes deste Ministério, de secretarias estaduais e municipais de saúde, reunião tripartite, que em março de 2002 aprovou uma nova estratégia apresentada pela Área Técnica Saúde da Mulher/MS, que visa o envio de métodos contraceptivos diretamente para as secretarias municipais de saúde, trimestralmente, a exemplo do que já ocorre com a Farmácia Popular.

Está apto a receber contraceptivos do Ministério da Saúde, todo município que em março de 2002 estivesse com: pelo menos uma equipe de saúde da família habilitada ou termo de adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento aprovado ou pelo menos um médico contratado pelo Programa de Interiorização da Saúde.

Para atender à anticoncepção de emergência, no primeiro semestre de 2001, o Ministério da Saúde adquiriu o anticoncepcional hormonal oral de emergência, Levonorgestrel comp. 0,75mg, que já está em fase de distribuição aos municípios e também aos serviços especializados na assistência à mulher vítima de violência sexual.

A capacitação em saúde sexual e reprodutiva é outra importante iniciativa em planejamento familiar. Nos estados do Amapá, Acre, Pará, Tocantins, Goiás, Alagoas e Paraíba estão ocorrendo capacitações em saúde sexual e reprodutiva, com enfoque no planejamento familiar para adultos e adolescentes, para a implantação de centros de capacitação em serviço.

Estas capacitações estão sendo realizadas pelas Áreas Técnicas Saúde da Mulher e Saúde do Adolescente e do Jovem em parceria com o Setor de Planejamento Familiar da Escola Paulista de Medicina e com a Reprolatina. No total, foram capacitados 193 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, assistentes sociais e psicólogos), em 2001.

A Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência também é uma atividade fundamental. A prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual são prioridades do Ministério da Saúde desde 1998.

A Área Técnica de Saúde da Mulher constituiu uma câmara temática de violência doméstica e sexual, com a participação de organizações do movimento de mulheres e especialistas, que definiu as diretrizes políticas e estratégias que orientaram as ações realizadas até o momento. As ações desenvolvidas priorizaram a indução de políticas locais, voltadas para a prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra a mulher, por meio de assessoria técnica e financiamento de projetos para implementação de redes integradas e promoção do intercâmbio de experiências realizadas em diferentes regiões do País.

Foram produzidos, entre 1998 e 2002, documentos normativos para orientação da prática em serviços de saúde e ações comunitárias:

- Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (1ª ed - 1998; 2ª ed - 2002).
- Caderno de Atenção Básica sobre Violência Intrafamiliar – dirigida às Equipes de Saúde da Família.
- Cartilha sobre Direitos Humanos e Violência Intra-familiar (2001) – dirigida aos 150 mil Agentes Comunitários de Saúde.
- Orientações para profilaxia de DST, HIV e Hepatites Virais Pós-exposição (Anexo da Norma Técnica).
- Recomendações para Apoio Psicossocial a Vítimas de Violência (Anexo da Norma Técnica).

Foram investidos R\$ 690.113,00 em projetos que beneficiaram dez estados entre 1999 e 2002. Os recursos destinaram-se à capacitação de pessoal, produção de materiais educativos e instrucionais, realização de eventos para divulgação dos serviços e organização da rede assistencial.

Em 1997, a população feminina contava com dezessete serviços de referência para assistência integral à saúde da mulher em situação de violência. Em junho de 2002 este número chegava a 74 serviços. O apoio do Ministério da Saúde aos estados, em conjunto com parceiros da academia, organizações não-governamentais e da cooperação internacional, entidades de classe, secretarias municipais e estaduais, é responsável pelo aumento significativo de serviços e ampliação da cobertura para quase todos os estados brasileiros.

Após a análise dos avanços alcançados pelo Programa, é possível apontar os principais resultados obtidos no período 2000-2002:

- Aumento no número de consultas de pré-natal: o número anual de consultas de pré natal no SUS passou de 5,4 milhões em 1997 para 10,1 milhões em 2001, aumentando a média de consultas por mulher de 2,0 para 4,2 nesse período.
- Redução da taxa de cesárea: a taxa de cesárea no SUS declinou de 32,5% em 97 para 25,1% em 2001, tendo obtido maior declínio relativo nos três estados em que elas eram mais altas: MT, MS e GO.
- Redução na letalidade materna hospitalar no SUS: a taxa de letalidade materna no SUS diminuiu de 34,8 óbitos em 100 mil internações para 28,6 no mesmo período e esta mesma taxa, no momento do parto, declinou de 32,5 para 24,2 óbitos em 100 mil partos.
- Ampliação do acesso ao planejamento familiar: 4.568 municípios com oferta regular de métodos anticoncepcionais, com uma cobertura anual de usuárias estimada em 2,8 milhões de mulheres em 2002.
- Aumento do número anual de exames citopatológicos: o número anual de exames citopatológicos realizados no SUS passou de 6,8 milhões em 1997 para 8,6 milhões em 2001.
- Ampliação do número de serviços de referência para atenção à mulher em situação de violência: em 1997, a população feminina contava com dezessete serviços de referência para assistência integral à saúde da mulher em situação de violência. Em junho de 2002, este número chegava a 74 serviços.
- Adesão de 3.803 municípios ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, em 2002. Em dezembro de 2001 eram 2.665. Após o esforço inicial, da adesão dos municípios, o Ministério passou a desenvolver uma série de atividades para efetivar e operacionalizar o PHPN nas localidades que já aderiram. Isso abrange a realização de oficinas de pós-adesão e de assistência obstétrica nos estados, o suporte e treinamento para uso do sistema informatizado Sis prenatal, além do apoio aos estados e municípios na criação de uma estrutura gerencial do PHPN, na organização de redes de referência para o atendimento às gestantes e capacitação dos profissionais de saúde. Está em andamento a realização de um Projeto de Pesquisa para avaliação nacional do PHPN, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde - Decit e a Unesco.

- Capacitação de profissionais de saúde da Rede SUS em planejamento familiar e assistência pré-natal. O Ministério da Saúde está capacitando multiplicadores em assistência em planejamento familiar e assistência pré-natal para a atenção básica, em onze capitais, mediante cooperação técnica com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo. Até o mês de setembro de 2002 foram capacitados quinze multiplicadores e 270 profissionais médios e enfermeiras nos municípios de Belém, Goiânia e Maceió.

Para 2003, espera-se capacitar profissionais de saúde em planejamento familiar e pré-natal nas 27 capitais do País; ofertar regularmente métodos contraceptivos para todos os municípios do País e promover a melhoria da assistência obstétrica por meio da operacionalização do PHPN em todos os municípios aderidos ao Programa.

.....  
A necessidade de atenção específica à saúde da população feminina foi amplamente reivindicada pelo movimento organizado de mulheres no País a partir do final dos anos 1970, quando o setor público somente oferecia às mulheres assistência durante a gestação e o parto. Este movimento levou o Ministério da Saúde a lançar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM em 1984.

## Implementação

Foi um grande avanço, pois o sistema de saúde passou a considerar, como legítimas, demandas como o atendimento às queixas ginecológicas, ao planejamento familiar e a questões relacionadas à sexualidade. A instituição do Programa evidenciou, também, a idéia de que os problemas na saúde reprodutiva das mulheres estavam associados às suas condições sociais e às relações estabelecidas entre elas e os homens.

Para enfrentar problemas desse tipo em um País com 60 milhões de mulheres adultas, sendo 46 milhões em idade fértil, era preciso desenhar estratégias capazes de atendê-las de forma plena nos mais de 5.500 municípios. Sem o atendimento nessa extensão e volume necessários seria impossível vencer estes desafios.

Em 1998, o Ministério da Saúde deu prioridade à saúde da mulher. Três linhas principais de ação foram definidas e projetos específicos foram elaborados para enfrentar cada um dos problemas em todas as regiões do País.

A primeira consiste em apoiar as mulheres em sua tarefa reprodutiva. Incluem-se aqui a ampliação do acesso a informações e métodos para o planejamento familiar e a melhoria da assistência à gestação e ao parto, a fim de garantir que as mulheres possam viver o evento da maternidade sem riscos e receber atenção humanizada.

Uma outra frente de trabalho tem como objetivo reduzir ao máximo a mortalidade feminina por causas evitáveis, como o câncer de colo do útero e Aids. Como estas doenças ocorrem mais freqüentemente em mulheres pobres, evitá-las significa também diminuir a desigualdade no tempo de vida médio entre mulheres de diferentes classes sociais.

A terceira linha de ação prioritária diz respeito à participação do setor saúde no esforço nacional para barrar a violência contra a mulher, responsabilizando-se pelo adequado atendimento destas mulheres pelos serviços de saúde, em articulação com os demais setores envolvidos.

A seguir, a relação entre as principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- Altas taxas de mortalidade materna: ações mediadas por mecanismos de financiamento da assistência no Sistema Único de Saúde - SUS; melhoria da informação das mulheres sobre gravidez, parto e pós-parto; capacitação de profissionais de saúde; vigilância do óbito materno; e conhecimento mais preciso da magnitude e estrutura da mortalidade materna.
- Altas taxas de mortalidade por câncer de colo do útero: implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero - PNCCU. A partir dos resultados do projeto-piloto Viva Mulher, delineou-se o PNCCU, em parceria com o INCA, SE e SAS e apoio das sociedades científicas afins. A implementação nacional do Programa deu-se a partir da primeira Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, em agosto de 1998. A seguir, passou-se à fase de consolidação das ações de prevenção, detecção precoce e tratamento, na rotina dos serviços, passando a coordenação do Programa ao INCA.
- Acesso restrito à diversidade de opções contraceptivas: ampliação de acesso ao planejamento familiar por meio da provisão de insumos e capacitação de recursos humanos para a assistência e gerência das ações.

Dentre os aspectos do Programa que necessitam ser aperfeiçoados destacam-se:

- Suficiência das ações: faz-se necessária a inclusão de ações no Programa que se relacionem à consolidação dos instrumentos de gestão da assistência à saúde da mulher no SUS e ampliação do escopo de problemas a serem enfrentados.
- Adequação dos indicadores: os fatores de correção da subnotificação da mortalidade materna (definidos na década de 1990) não estão adequados à realidade atual. O Programa adota como indicador a Taxa de Letalidade Materna nos Hospitais no SUS. Já está em andamento um estudo nacional que identifique a atual magnitude e estrutura da mortalidade materna nas cinco regiões do País, a partir do qual se poderão estimar novos fatores de correção do coeficiente, obtido a partir das declarações de óbito, e monitorar melhor os níveis de mortalidade materna no País.

Desafios e Perspectivas

- Consolidação dos instrumentos de gestão da assistência à saúde da mulher no SUS

Durante este período, ênfase foi dada à criação de mecanismos de gestão no SUS para de fato implementar e dar sustentabilidade à assistência à saúde da mulher. Para o próximo período, é fundamental consolidar estes mecanismos e estendê-los para outros problemas ou eventos que afetam a saúde da mulher.

- Mobilização das mulheres e maior participação da sociedade civil organizada

A sociedade civil organizada tem participado, ao longo do período, das discussões de propostas e estratégias de ação para o enfrentamento de problemas. Isto, no entanto, ocorreu fundamentalmente em instâncias formais de participação, como o CNS, a CISMU, comissões assessoras e em fóruns promovidos pela área técnica. Além disso, organizações de mulheres atuaram, com o financiamento do Ministério da Saúde, na execução de ações como capacitação de conselheiros de saúde, na formação de voluntárias para prevenção do câncer ginecológico, para a capacitação de parteiras e na elaboração de material educativo.

É necessário ampliar a parceria com organizações deste tipo para mobilizar as mulheres em todas as regiões do País, empoderando-as para o autocuidado e para o controle social. Estas são condições imprescindíveis para a melhoria da situação da saúde da mulher no País.

- Ampliação do escopo de problemas a serem enfrentados

Destacam-se aqui a promoção da saúde das mulheres a partir dos cinquenta anos, o enfrentamento do câncer de mama e a definição mais objetiva de uma estratégia específica para controlar a epidemia de Aids na população feminina.

- Avaliação do impacto das estratégias, da qualidade da assistência prestada pelos serviços e da satisfação das usuárias

Até o momento, foram conduzidas avaliações das estratégias desenvolvidas, focalizando a implementação de ações, e resultados monitoráveis a partir de informações disponíveis nos sistemas do Ministério da Saúde e de estatísticas vitais, uma vez que não há tempo ainda para avaliar indicadores de impacto. Nos próximos anos, isto será possível e necessário. É de fundamental importância também apoiar a realização de pesquisas operacionais capazes de aferir a qualidade da assistência prestada pelos serviços e a satisfação das usuárias.

Outros produtos desenvolvidos no âmbito do Programa:

- Aprimoramento da assistência obstétrica a partir de intervenções na tabela SIH/SUS de remuneração de procedimentos da assistência obstétrica.
- Redução da taxa de cesarianas.
- Melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras.
- Apoio técnico e financeiro para Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica.
- Apoio à implementação de projetos para sistemas locais de saúde, por meio de celebração de convênios.
- Elaboração, produção e distribuição de material técnico/educativo para a assistência obstétrica e de instrumental técnico para o pré-natal.
- Organização, ampliação e qualificação da assistência obstétrica nos municípios por meio da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN.
- Apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco.
- Criação de centro de parto normal no âmbito do SUS.
- Readequação física e tecnológica da rede assistencial do SUS na área de Maternidade - Projeto Reforsus.
- Aquisição e distribuição de insumos para implementação da assistência ao planejamento familiar no SUS.
- Apoio à implementação de projetos para serviços locais de saúde, especializados na assistência à mulher em situação de violência sexual e estruturação de redes integradas de prevenção e atendimento às vítimas, envolvendo áreas de Segurança Pública, Justiça e Educação.

Destacam-se, abaixo, os aspectos da estratégia de implementação que necessitam ser aperfeiçoados:

- Plano de ação com metas, prazos e responsáveis: diversos parceiros envolvidos na implementação de ações descentralizadas (esfera federal, estadual e municipal). Vários níveis de responsabilidade afetando a contribuição de cada um para o sucesso das ações.
- Plano de avaliação: avaliação do impacto das estratégias, da qualidade da assistência prestada pelos serviços e da satisfação das usuárias. É de fundamental importância também apoiar a realização de pesquisas operacionais capazes de aferir a qualidade da assistência prestada pelos serviços e a satisfação das usuárias.
- Organização dos trabalhos no âmbito das unidades descentralizadas: insuficiência de recursos humanos e materiais nas estruturas de trabalho.
- Forma de articulação com as partes interessadas: necessidade de instrumentos capazes de aferir a qualidade da assistência prestada pelos serviços e a satisfação das usuárias.
- Forma de repasse dos recursos: longo período de tempo para recursos financeiros por meio de convênios.
- Forma de participação do público-alvo: mobilização das mulheres e maior participação da sociedade civil organizada. É necessário ampliar parceria com organizações para mobilizar as mulheres em todas as regiões do País, empoderando-as para o auto-cuidado e para o controle social.
- Mecanismos de controle social: conscientizar as mulheres para o auto-cuidado e para o controle social é imprescindível para a melhoria da situação da saúde da mulher no País.

Dentre os aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para o alcance dos resultados, tem-se:

- A intervenção na remuneração dos procedimentos, reajustando ou limitando valores de pagamentos, propiciaram bons resultados para a assistência obstétrica.
- A implantação de programas diretamente em municípios, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e o Planejamento Familiar, otimizou recursos, promoveu a organização de rede de serviços locais e ampliou o acesso da população feminina.
- Parcerias com instituições da sociedade civil para capacitação e treinamento de recursos humanos.

---

## **Implementação**

A execução financeira do Programa é realizada por meio de celebração de convênios de repasse financeiro para as instituições executoras, sejam de âmbito federal, estadual, municipal ou privado. O Programa recorreu a um maior envolvimento das parcerias com a sociedade civil como forma de superar as restrições na viabilização financeira, buscar redução de custos e introduzir inovações de gestão.

Entretanto, em 2002, o Programa não conseguiu executar a reimpressão e distribuição do material técnico/educativo que dá suporte às ações de melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Neste mesmo ano, foi evidenciada a insuficiência de recursos materiais e de infra-estrutura. A execução do Programa depende das coordenações estaduais e municipais e observa-se que muitas vezes os recursos materiais e de infra-estrutura foram insuficientes para a implementação das ações.

Em relação ao monitoramento do desempenho físico das ações executadas de forma descentralizada, o que se monitora, com relação à assistência (SUS), é o número de mulheres atendidas ou beneficiadas. Os dados relativos à frequência com que essas mulheres são assistidas são obtidos do sistema SIH-SUS. Para o monitoramento da execução das ações descentralizadas (processo) utiliza-se o relatório técnico operacional de cada projeto.

Em relação ao esforço de capacitação, verifica-se: a participação em congressos e seminários, nacionais e internacionais, tem permitido a atualização da equipe gerencial; e a elaboração de manuais técnicos e as capacitações desenvolvidas com sociedades médicas, ONG e instituições privadas são instrumentos gerenciais para apoiar a atuação nos níveis estaduais e municipais.

Os principais parceiros do Programa são as organizações não-governamentais e as Sociedades Médicas.

Parcerias com outros programas do PPA: Programa Saúde da Criança, Programa Saúde do Adolescente e Jovem, Programa Bolsa-Alimentação, Programa Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica e Programa Saúde da Família.

Parceria que ainda não pôde ser realizada: Programa Alfabetização de Adultos, visando promover a alfabetização de parteiras nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Observação: não houve tempo hábil para planejamento da ação conjunta.

Quanto aos mecanismos de participação da sociedade, destacam-se: o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres - CNDM e a Comissão Internacional de Saúde da Mulher - CISMU, com representantes do movimento de mulheres, das universidades, da Pastoral da Criança e de sociedade científica.

O Programa não possui sistema de consulta sistemática e representativa. As pesquisas (regionais e nacionais) são instrumentos que geram informações úteis sobre o grau de implementação das medidas.

Ao longo deste período, o Programa Saúde da Mulher instituiu medidas para que o SUS incorporasse a assistência à saúde da mulher nos seus problemas prioritários, de modo a reduzir os agravos decorrentes deste problema.

Além disso, o Programa também desenvolve estratégias/ações que apoiam o desenvolvimento dessa assistência por parte dos estados e municípios.

Os principais objetivos do Programa foram atingidos e podem ser sintetizados pela redução da letalidade materna hospitalar no SUS.

Os principais obstáculos estão relacionadas ao processo de definição de responsabilidades nos três níveis de gestão, à lentidão dos processos burocráticos e à dificuldade de fixação de profissionais qualificados.

## Saúde do Jovem

**Resultados** Objetivo do Programa: Prevenir os principais agravos incidentes na população de jovens entre 10 e 24 anos de idade pela identificação de grupos de risco, detecção prematura de jovens doentes, educação preventiva e redução da gravidez precoce na adolescência, situações de violência e abuso de álcool e outras drogas

A variação dos índices dos indicadores do Programa ocorreu conforme o previsto.

A redução desses índices não depende unicamente das estratégias e ações desenvolvidas pelo Programa, por serem questões multifatoriais, envolvendo assim diversos setores da sociedade. As ações do Programa apenas contribuem para tal redução.

No entanto, vale ressaltar que, nesse período, o Programa desenvolveu várias ações que repercutiram numa ampliação no atendimento diferenciado aos adolescentes na rede SUS e na implantação de Redes de Serviços Espaços Jovens, que visa à integração dos serviços dos diversos setores da sociedade (saúde, educação, ação social, cultura, turismo etc.) com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos adolescentes. Tais ações, a longo prazo, poderão impactar nos indicadores.

Os resultados alcançados no período de 2000 a 2002 foram:

- ampliação e melhoria na qualidade da assistência à saúde integral do adolescente; humanização e melhoria da qualidade do atendimento a gestante adolescente;
- melhoria da informação dos adolescentes sobre questões relacionadas à sexualidade, violência, participação juvenil, entre outros temas de interesse;
- ampliação do acesso ao planejamento familiar; e
- assistência a adolescentes em situação de violência.

É importante citar que, em 2002, foram realizadas diversas capacitações de recursos humanos, dentre estas, a capacitação de equipes multiprofissionais para implantação de centros de referência para o atendimento a adolescentes em situação de violência; centros de referência para capacitação em saúde sexual e reprodutiva; e de equipes de saúde da família do Estado do Ceará. Além disso, o projeto Espaço Jovem proporcionou uma participação efetiva dos adolescentes e jovens nas políticas locais.

Outros resultados, alcançados com ações estruturadas por meio de parcerias com outros Programas do Ministério da Saúde, ONGs, Organismos Internacionais, estados e municípios:

- sensibilização e capacitação de 21.455 profissionais (saúde, educação, ação social, justiça), líderes comunitários e adolescentes;
- implantação das ações de Protagonismo Juvenil em doze estados;
- implantação Centros de Referência, para atendimento e capacitação, em saúde sexual e reprodutiva em cinco estados, em parceria com a saúde da mulher;

**Gerente:**

**José Domingues dos Santos Júnior**

-elaboração e impressão de 957.500 materiais instrucionais (para profissionais) e educativos (para adolescentes);

-criação, em parceria com a OPAS do *site* [www.adolesc.br](http://www.adolesc.br) e alimentação do diretório de notícias do *site* Adolec/Brasil

(<http://www.bireme.br/bvs/adolesc>) com resumos das principais notícias sobre adolescência e juventude veiculadas na mídia brasileira; e

- implantação de nove redes articuladas de serviços intersetoriais, com atendimento direto a cerca de um milhão de adolescentes, desenvolvendo atividades de saúde, educação, cultura, esporte e cursos profissionalizantes.

Não houve nenhuma modificação na previsão original para o alcance do(s) índice(s) em 2003.

Em 2001 e 2002, por entraves políticos/administrativos não foram liberados recursos financeiros para a execução da maioria das estratégias dos planos de ação 2001/2002, inviabilizando a continuidade do processo de crescimento e atuação com qualidade do Programa. As poucas ações que não dependiam de recursos financeiros específicos do Programa, foram desenvolvidas por meio de parcerias. A contribuição do Programa, para a redução dos indicadores, junto a outros setores da sociedade, ficou restrito ao apoio técnico.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo Programa, espera-se alcançar em 2003, dentre outros, os seguintes resultados:

- serviços diferenciados e qualificados para garantir uma atenção integral a saúde dos adolescentes e jovens, nos três níveis que preconiza o SUS;
- maior inserção e participação efetiva dos adolescentes no sistema de saúde e organização de serviços que enfatizem procedimentos que atinjam, prioritariamente, as demandas mais prementes da saúde deste contingente populacional;
- mobilização social, em torno das necessidades e potencialidades dos adolescentes e jovens; e
- realização de estudos e pesquisas relativas aos adolescentes e jovens que abordem questões referentes à saúde ou que façam interface com ela, principalmente, no sexo masculino e na faixa etária de 10 a 14 anos., já identificados em outros estudos como grupo vulnerável, principalmente aos agravos relacionados as causas externas.

.....

Os Direitos Humanos Universais foram reconhecidos em 1966, através dos pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Para atender estas demandas específicas, criou-se um sistema especial de proteção que destaca alguns sujeitos, como: os negros, mulheres, crianças, adolescentes, idosos e deficientes, que se materializa nas diversas Convenções firmadas pelas Nações Unidas. No Brasil o cumprimento das obrigações internacionais assumidas e o reordenamento de nossos marcos jurídico-institucionais às exigências das Convenções Internacionais de Direitos Humanos tornaram-se preceitos constitucionais.

## Concepção

O Programa partiu, em 1989, da premissa de que os adolescentes (10 a 19 anos de idade), pela importância demográfica do grupo e pela vulnerabilidade aos agravos a saúde, bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinavam a necessidade de atenção mais específica e abrangente.

Em 1999, após a conferência internacional, em Portugal, de ministros e responsáveis pela juventude, ampliou-se a faixa etária do atendimento do Programa para 24 anos, dada a situação social e econômica do País que vulnerabilizava também, os jovens de 20 a 24 anos. Hoje, esse grupo populacional (10 a 24 anos de idade) representa cerca de um terço da população brasileira, mostrando vulnerabilidade, cada vez mais precoce, aos agravos a saúde sexual e reprodutiva e principalmente as violências e acidente de transporte, entre

outros, cujos resultados podem ser analisados pelos índices de morbimortalidade de jovens brasileiros de todos os níveis socioeconômicos. A evolução desses problemas evidencia que:

- O índice de gravidez cresce nas adolescentes de 10 a 19 anos, principalmente com baixa escolaridade e pobres, das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.
- Os índices de DST/HIV também mostram a tendência de juvenilização da AIDS.
- O uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, cada vez mais precoce, está na raiz de uma série de agravos, entre os quais destacam-se os acidentes de trânsito, as agressões, depressões clínicas e distúrbios de conduta, ao lado de comportamento de risco no âmbito sexual, a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis e outros problemas de saúde como doenças cardiovasculares e neoplasias, decorrentes do abuso destas substâncias.

Na adolescência têm importância os eventos intra e extradomiciliares como exploração sexual e do trabalho juvenil, agressões físicas, homicídios e lesões auto-infligidas e no seio da família abusos, negligência e abandono.

O principal fator de mortalidade são as causas externas, representadas pelo conjunto de acidentes de transporte e agressões e são crescentes em todas as regiões do País, modificando-se a frequência por faixa etária e por sexo. Uma causa importante nas mulheres são os óbitos por intercorrências na gravidez, parto e puerpério.

A seguir, a relação entre as principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- Gravidez => O Programa já desenvolve integração com o Programa de saúde da mulher para desenvolvimento de ações em saúde reprodutiva e violência intrafamiliar; com o MEC na implantação dos temas transversais sobre saúde e orientação sexual dos PCN; capacitação de profissionais de saúde, educação de lideranças comunitárias e jovens para o desenvolvimento de ações educativas e de assistência. O Programa pretende implementar a qualificação de profissionais da atenção básica na atenção à saúde do adolescente e do jovem para a organização de serviços de saúde que dêem assistência diferenciada aos adolescentes no planejamento familiar, no pré-natal, parto e puerpério, com ações educativas, com facilidade de acesso e constância dos insumos necessários e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, como prevenção de agravos a saúde de maneira integral, em especial, sexualidade e saúde reprodutiva.
- DST/Aids => O Programa já desenvolve integração com o Programa de saúde da mulher e CN DST/AIDS para desenvolvimento de ações em saúde reprodutiva e violência intrafamiliar; com o MEC na implantação dos temas transversais sobre saúde e orientação sexual dos PCN; capacitação de profissionais de saúde, educação de lideranças comunitárias e jovens para o desenvolvimento de ações educativas e de assistência. O Programa pretende implementar a qualificação de profissionais da atenção básica na atenção à saúde do adolescente e do jovem para a organização de serviços de saúde que dêem assistência diferenciada aos adolescentes no planejamento familiar, visando à dupla proteção e assistência diferenciada aos adolescentes portadores de DST e HIV.
- Violência e Acidente de Transporte => Articulação com o Programa de saúde da mulher e trauma e violência para a organização de serviços de saúde que dêem assistência diferenciada aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, com insumos para contracepção de emergência e retrovirais e atendimento psicossocial as vítimas. Criar mecanismos legais

e/ou normativos que amparem a obrigatoriedade da notificação compulsória de violência, sobretudo sobre as cometidas contra crianças e adolescentes; formular políticas públicas intersetoriais para o atendimento acompanhamento e prevenção, destinadas especialmente aos jovens e aos mais pobres (principais vítimas da violência), bem como as crianças e jovens em situação de risco pessoal e social e dependência de drogas e suas famílias; possibilitar que os jovens sejam protagonistas do enfoque de uma política de segurança pública, especialmente por serem as maiores vítimas e também, se constituírem no grupo que mais comete transgressões sociais; contribuir na implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências com ações articuladas e integradas de diversos setores da sociedade para minimizar o impacto da violência; sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para que haja uma prevenção da violência institucional cometida pelos serviços de saúde.

- Uso de drogas => Ações integradas com os diferentes setores da sociedade para desenvolver estratégias de prevenção ao uso de drogas, principalmente o álcool, na faixa etária de 10 a 14 anos; melhorar a qualificação de profissionais de saúde no atendimento integral a adolescentes; desenvolver com o MEC o Projeto de capacitação de profissionais para prevenção de agravos na saúde reprodutiva e uso de drogas.
- Uso de drogas => Articulação com outros setores como educação, ação social para juntos incentivar a participação juvenil, como estratégia de prevenção e promoção de saúde, perspectivas viáveis para projetos de vida, promover ações educativas com foco nas questões de sexualidade com enfoque de gênero, autocuidado, amor próprio e desenvolvimento de autonomia.

Dentre os aspectos do Programa que precisam ser aperfeiçoados, destacam-se:

- Suficiência das ações: a construção de instrumentos de gestão a Assistência a saúde do adolescente e do jovem na rede SUS tornou-se uma meta do Ministério da Saúde para subsidiar os profissionais a organizar serviços aptos a atenderem resolutivamente a demanda.
- Adequação dos indicadores: o alcance dos índices previstos para os indicadores não depende unicamente das estratégias e ações desenvolvidas pelo Programa. As ações do Programa contribuem para tal redução. Seria mais produtivo para o Programa se os indicadores também medissem o processo relacionado à implantação/implementação e qualificação dos serviços.

Outros aspectos que precisam ser melhorados no escopo do Programa:

- formular uma Política Nacional, dentro dos princípios do SUS, que atenda integralmente as necessidades de adolescentes e jovens;
- sensibilizar gestores estaduais e municipais;
- melhorar a mobilização comunitária, a participação da juventude no processo de construção da Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem;
- construir indicadores factíveis com as ações do Programa e a criação de metodologia sistemática de avaliação;
- promover maior inserção e participação efetiva dos adolescentes no sistema de saúde por meio da organização de serviços que enfatizem procedimentos que atinjam, prioritariamente, as demandas mais prementes da saúde deste contingente populacional, de acordo com a faixa etária;

- definir em base epidemiológica os procedimentos, a serem pagos pelo SUS relacionados a atenção integral a saúde do adolescente; e
- avaliar e redirecionar as políticas de saúde com o objetivo de favorecer a qualidade de vida dos jovens e adolescentes.

O Programa priorizou ações para estruturar e aprimorar os serviços de atenção aos estados e municípios. Nesse sentido, várias ações foram implementadas no decorrer desse período, como:

- elaboração de material instrucional para profissionais e material educativo para adolescentes;
- capacitação de recursos humanos, para a qualificação do atendimento;
- apoio técnico e financeiro aos encontros de adolescentes realizados no Brasil (ENA, Tribos Jovens, entre outros);
- articulação com outros seguimentos da sociedade, visando a potencialização das ações (Febrasgo, SBP, CFP, ABEn, Pastoral da Criança, ANDI);
- criação do *site* [www.adolesc.br](http://www.adolesc.br), em parceria com a Bireme/OPAS/OMS;
- implantação de redes de serviços espaços jovens, que visa à integração dos serviços dos diversos setores da sociedade;
- projeto de capacitação em masculinidade para formar equipes multiplicadoras nos estados;
- consolidação da política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- realização de Seminários Macrorregionais sobre Violência Urbana e Saúde Pública, onde buscou-se proceder a um diagnóstico das situações regionais e suas especificidades locais, com ampla discussão sobre os diversos aspectos que geram o crescimento da violência e a formulação de linhas de ação e diretrizes que possam contribuir para a adoção de políticas intersetoriais de redução da violência e promoção da qualidade de vida; e
- elaboração de protocolos de atendimento para apoiar os serviços básicos de saúde.

Destacam-se aspectos da estratégia de implementação que precisam ser aperfeiçoados:

- Plano de avaliação: é necessário a construção de metodologia e instrumentos de avaliação, no sentido de uniformizar e estruturar as informações.
- Organização dos trabalhos no âmbito das unidades descentralizadas: insuficiência de Recursos Humanos e despreparo gerencial.
- Forma de repasse dos recursos (convênios, repasse fundo a fundo, contrato de repasse etc.): atraso no repasse pelo mecanismo de convênios e falta de autonomia no gerenciamento financeiro.
- Forma de participação do público-alvo: a partir deste ano começamos a fomentar a participação juvenil nos diversos setores que desenvolvem trabalhos com esse segmento.
- Mecanismos de controle social: existem movimentos de jovens, no País, no entanto, não estão estimulados a cobrar seus direitos.

A principal dificuldade na implantação e/ou implementação das ações do Programa são: o descomprometimento político com as questões da juventude, e o despreparo gerencial de alguns coordenadores estaduais para o encaminhamento das ações no estado.

Como aspectos da estratégia de implementação que mais contribuíram para o alcance dos resultados, tem-se:

- A parceria com organizações da sociedade civil, para capacitação de profissionais e/ou assessoria aos estados e municípios projetos de relevância local.
- O acompanhamento sistemático dos projetos desenvolvidos pelos estados e municípios, no sentido de monitorar e assessorar as equipes no desenvolvimento das ações.
- A articulação com os diversos setores da sociedade civil organizada, principalmente do segmento jovem, para o exercício do controle social sobre os serviços de saúde, enfocando a qualidade do atendimento a adolescentes e jovens.

.....  
Verifica-se que houve um impacto positivo na população-alvo, visto que ocorreu um aumento substancial de profissionais qualificados para o atendimento a esse segmento. Antes existiam centros de referência para adolescentes, com atendimento básico, em algumas capitais do País, mantidos pelas secretarias estaduais de saúde, mas depois da municipalização da execução das ações, estas foram incorporadas pelo município e algumas foram desmontadas.

## Implementação

As ações básicas passaram a ser realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família que, por não terem qualificação para o atendimento diferenciado, não o faziam. Hoje essas equipes estão sendo capacitadas, em todo o País, por diversas frentes, convênios com associações profissionais, congressos, seminários, distribuição de manuais e a capacitação a distância de multiplicadores.

No entanto, quanto a 2001 e 2002, por entraves políticos/administrativos não foi liberado recurso financeiro para a execução da maioria das estratégias dos planos de ação, inviabilizando a continuidade do processo de crescimento e atuação com qualidade do Programa. As poucas ações que não dependiam de recurso financeiro específico do Programa, foram desenvolvidas por meio de parcerias. Em 2002, o Programa só conseguiu desenvolver suas atividades graças a boa articulação com outras áreas do Ministério como, Saúde da Mulher, Coordenação Nacional de DST/AIDS, Trauma e Violência, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Promoção da Saúde, entre outros.

Os recursos orçamentários para a execução das ações que seriam executadas em 2002 são liberados por projetos financiados via convênios. Para o cumprimento da meta física do Programa foram negociados vinte projetos, com universidades, ONG, estados e municípios, mas só foram empenhados três projetos por problemas administrativos.

O Programa também tem enfrentado problemas em termos de recursos materiais e de infra-estrutura. As equipes locais estão desfalcadas, e não estão devidamente qualificadas para atender as especificidades da saúde dos adolescentes. Na gerência do Programa, a equipe é composta por um psicólogo, uma enfermeira e uma pedagoga, ou seja, apenas três técnicos para assessoria a todos os estados do País.

O Ministério da Saúde tem algumas estratégias para sanear tais problemas, como o incentivo a implantação do Programa de saúde da família, a implantação do Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde e uma capacitação em massa das equipes.

Quanto ao monitoramento das ações descentralizadas, o mesmo é realizado por um técnico do Programa, mediante assessoria e supervisão *in loco*. A maior dificuldade com relação à elaboração de um mecanismo de controle de execução são as diversas trocas de Gerente que interrompem os processos em andamento. O desempenho físico dessas ações foi abaixo do previsto, pois as Secretarias Municipais de Saúde não têm interesse em implantar as ações do Programa, utilizando-se da justificativa que o mesmo não dispõe de repasses financeiros específicos para a execução das ações.

Uma das principais estratégias de implementação do Programa é a capacitação de recursos humanos, visando a levar aos profissionais dos estados e municípios treinamento quanto à temática do Programa e as necessidades locais. Essas capacitações são integradas com outras áreas do Ministério da Saúde, visando à potencialização dos recursos disponíveis. Procura-se manter os interlocutores informados quanto a Congressos e Cursos, com financiamento da passagem e hospedagem, a cargo dos gestores estaduais e municipais. Para organização de serviços e um atendimento diferenciado e de qualidade aos adolescentes é indispensável a instrumentalização dos profissionais.

Dentre os parceiros do Programa destacam-se: organizações internacionais; associações de classe – ABEn, Febrasgo, SBP, CPF etc.; e organizações da sociedade civil.

As principais parcerias desenvolvidas com outros programas são: Saúde da Mulher, CN DST/AIDS, Departamento de Atenção Básica (Saúde da Família), trauma e violência, Ministério da Educação, Ministério da Justiça e Ministério da Previdência e Ação Social etc.

As parcerias que ainda não foram firmadas, mas que trariam vantagens para a implementação do Programa: universidades; movimentos organizados; fortalecer parcerias com ministérios da previdência e assistência social; esporte e turismo e trabalho. É importante o trabalho com as universidades no sentido de capacitar as equipes locais e legitimar os protocolos para organização dos serviços e com outros ministérios que tenham interfase, sabemos que para a redução dos indicadores é necessário o desenvolvimento de estratégias conjuntas para potencializar o desenvolvimento da juventude.

Não existem mecanismos de participação da sociedade no âmbito do Programa, bem como pesquisas de satisfação do usuário, pela falta de interesse por parte dos gestores estaduais e municipais em investir recurso financeiro em pesquisa de qualidade no atendimento.

Nesse período o Programa enfrentou diversas dificuldades, como:

- Problemas de base administrativa como constantes trocas de gerente, deficiência de pessoal qualificado e mecanismo de repasse mediante convênios.
- Problemas de prioridade de gestão nos estados e municípios que ainda não priorizam ações para este grupo etário.

## Saúde do Trabalhador

### Resultados

O Programa tem como objetivo reduzir riscos, acidentes e doenças relacionadas ao ambiente e processo de trabalho; e como indicadores: Taxa de Intoxicação por Metais Solventes Orgânicos e Gases Tóxicos; e Taxa de Notificação de Internação por Acidente ou Doença Relacionada ao Trabalho.

As ações, ainda em processo de execução, não puderam proporcionar o impacto desejado na redução dos índices de doenças e de acidentes relacionados ao trabalho. Os resultados obtidos em 2002 ficaram abaixo do esperado.

No momento, há registro de 34% de redução da taxa de mortalidade relacionada ao trabalho no triênio 1999/2001, com base na meta de redução de 40% dos acidentes fatais até 2003, que integra as metas do PBQP. Ressalva-se a necessidade de examinar a metodologia utilizada no tratamento dos dados e no quantitativo da População Economicamente Ativa - PEA, com base na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - PNAD 2001. Para atingir a meta foram desenvolvidas ações em parceria com os ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência e Assistência Social e da Saúde.

#### Ações Descentralizadas

##### Implantação/Implementação da Atenção à Saúde do Trabalhador:

- 52 convênios executados;
- 72 Fóruns Institucionais (Oficinas, Seminários e Reuniões Técnicas), atingindo cerca de 400 municípios – 2000-2002;

##### Capacitação de Recursos Humanos em Saúde do Trabalhador – 2000-2002

- 2.037 profissionais de saúde capacitados em Rede de Cuidados Integrados e LER;
- 3.367 multiplicadores capacitados em Saúde do Trabalhador para Atenção Básica;
- 210 multiplicadores em Vigilância à Saúde do Trabalhador;
- Total de 5.614 profissionais capacitados.

##### Produção de Instrumentos Educativos e Instrucionais

- Módulo Instrucional de Saúde do Trabalhador para Atenção Básica - 2002;
- Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho - 2001;
- Caderno de Saúde do Trabalhador - Legislação - 2001;
- Caderno de Saúde do Trabalhador – Legislação – 2ª Edição revista e ampliada - 2002;
- Caderno de Saúde do Trabalhador para Atenção Básica, Nº 5-2001;
- Lesões por Esforços Repetitivos (LER) Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- Série A de Normas e Manuais Técnicos, nº 103; nº 104; nº 105 e nº 106 - 2001. (Parceria SES - SP/MS - Editoração e Impressão Gráfica);
- Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção das LER - 2000;

**Gerente:**

**Jacinta de Fátima Senna da Silva**

- Produção de cinco vídeos: Acidente do Trabalho; Uma Criança é uma Criança; Abandono e Exploração Infantil; LER/DORT e Ambientes Saudáveis de Trabalho, em parceria com o Programa Educação em Saúde e veiculados junto a TV Futura; e TV Escola - 2001;
- 18 mil cartazes, 12 mil cartilhas e 11 mil *folders*.

#### Apoio à Gestão Descentralizada

- 12 Assessorias para o Desenvolvimento da Atenção à Saúde do Trabalhador em estados e municípios;
- Produção de instrumentos de gestão: Política Nacional de Saúde do Trabalhador - PNST/2000; Plano de Ação de Saúde do Trabalhador - PAST/2000; Projeto Empresa Saudável - 2000; Termo de Adesão do PAST - 2001; Projeto Rede de Capacitação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica - 2001; Proposição de Ações Mínimas em Saúde do Trabalhador para o Pacto do Plano Diretor de Regionalização; PDR (Proposição a NOAS/SUS 01/2001); Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT Única - 2001.

#### Publicação de Instrumentos Educativos e de Orientação Normativa

- Termo de Cooperação Técnica entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social que visa disponibilizar para o Datasus/MS os dados relativos a acidentes e doenças relacionados ao trabalho, por estado e município, oriundos da CAT.

#### Participação na Elaboração de Portarias, Coordenadas pela SAS/MS

- Portaria n.º 1.969/GM, de 25 de outubro de 2001 - Dispõe sobre o preenchimento de autorização de internação hospitalar (AIH, nos casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho);
- Portaria 1.679/GM, de 20 de setembro de 2002 - Dispõe sobre a Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador no SUS;
- Portaria n.º 656, de 20 de setembro de 2002 - Estabelece Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST;
- Portaria n.º 666, de 30 de setembro de 2002 - Inclusão do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador na Tabela SIA/SUS.

#### Desenvolvimento de Projetos Especiais

- Monitoramento e Vigilância da População Exposta ao Benzeno no Brasil;
- Monitoramento e Vigilância da População Exposta ao Asbesto-Amianto (em desenvolvimento);
- Rede de Cuidados Integrais em LER/DORT (início 2000/em desenvolvimento);
- Desenvolvimento de Ações Macrorregionais de Erradicação do Trabalho Infantil (cinco oficinas macrorregionais de sensibilização).

Obs: a estimativa de alcance dos índices depende de informações de base estadual, que estão em fase de processamento. A base de dados utilizada refere-se a 2001.

#### Outros resultados obtidos, não expressos no PPA 2000-2003:

- Elaboração e aplicação do Módulo Instrucional de Capacitação em Atenção Básica (Módulo do Instrutor e do Aluno).
- Elaboração da Cartilha Família, Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, para Agentes Comunitários de Saúde.

## Concepção

Os acidentes, doenças e mortes relacionadas ao trabalho no período de 1990 a 1998, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, foram, em números absolutos, respectivamente 4.141.125, 173.156 e 35.705. Esses números correspondem ao registro dos eventos ocorridos em 30% da população coberta pelo Seguro de Acidente do Trabalho - SAT, ressaltando-se a ocorrência de expressiva subnotificação desses dados, na ordem de aproximadamente 70%. Acredita-se que esse problema poderá ser minimizado a partir da ação articulada das macropolíticas (Econômica, Industrial e de Geração de Trabalho e Renda etc.). O setor Saúde contribui para a diminuição da ocorrência desses eventos, em parceria intra e extra-setorial.

Alguns aspectos conceituais do Programa necessitam de aprimoramento:

Adequação do objetivo ao problema - A factibilidade do Programa implica em ampliar a capacitação dos profissionais de saúde, concomitantemente com a atenção da saúde do trabalhador na rede de serviços, focalizando os problemas de maior magnitude: acidentes graves, lesões por esforços repetitivos - LER, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído - PAIR, dermatoses ocupacionais e intoxicações por solventes orgânicos, metais pesados e gases tóxicos. Destaque-se ainda a intoxicação por agrotóxicos.

Adequação dos indicadores - Considerar a taxa de mortalidade por acidente de trabalho com o objetivo de permitir o dimensionamento do impacto do Programa.

Matriz de fontes de financiamento - Há necessidade de ampliação de recursos provenientes de outras fontes, tais como BNDES e organismos internacionais.

A seguir, a relação entre as principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias, mas ainda não registradas no PPA:

- Modelo de Desenvolvimento Socioeconômico Vigente: Introdução de critérios de promoção da Saúde nas Políticas de Desenvolvimento Econômico, Industrial e do Comércio, de Ciência e Tecnologia com vistas a implantação de empresas e/ou similares e ao repasse de incentivos financeiros.
- Existência de processos produtivos obsoletos e de tecnologia de ponta: Controle de riscos e agravos decorrentes dos processos produtivos por meio da inserção de práticas promotoras da saúde, de estratégias de capacitação e de treinamentos sistemáticos.
- Falta de cultura na abordagem da relação entre processo de trabalho e adoecimento: Práticas promotoras de introdução dessa abordagem no âmbito do setor educacional e da saúde.

Segundo dados do MPAS, referentes a 2000, os gastos socioeconômicos com a execução insatisfatória da Política de Saúde do Trabalhador, foram da ordem de 23,6 bilhões, considerando benefícios acidentários, reabilitação profissional, aposentadorias especiais, saúde, re-treinamento, horas de trabalho perdidas e transtornos familiares. Os gastos do Setor Saúde nos anos 2000 a 2002, foram estimados em 63,3 milhões (Fonte: MS/SAS/DCAS-Datasus). Estes dados apontam os possíveis prejuízos socioeconômicos com a morbimortalidade relacionada ao trabalho, inferindo a necessidade de ajuste nas políticas socioeconômicas.

## Implementação

Embora esteja em andamento, a expansão das ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Saúde, ainda não foi suficiente para causar impacto redutor significativo nos indicadores de doenças e agravos à saúde dos trabalhadores.

O orçamento não foi executado em sua totalidade em decorrência de fatores tais como: modalidade de repasse por convênio que implicam em atraso nos repasses financeiros para estados e municípios, dificuldades gerenciais como ainda baixa descentralização, baixa capacidade operativa local, equipe central reduzida para apoio e cooperação técnica.

Em consequência ocorreram: prorrogação de aproximadamente 98% dos convênios celebrados, baixa execução financeira do ano fiscal, não cumprimento das metas estabelecidas e redução do orçamento proposto para o ano seguinte. Portanto, o cumprimento de metas físicas, ficou abaixo do previsto, mesmo porque os recursos financeiros liberados ficaram aquém das necessidades de execução previstas na LOA 2002 - R\$ 13.987.000,00, tendo sido aprovado R\$ 5.100.000,00, e empenho liquidado R\$ 1.189.923,44. Deve-se ainda levar em consideração: atraso nos repasses financeiros para os estados e municípios, falta de autonomia do gerente, bem como, baixa capacidade operativa local. A insuficiência de recursos origina diminuição do número de profissionais de saúde a serem capacitados, alteração no plano de trabalho original e prorrogação do prazo limite de execução.

Outras restrições ao bom desempenho das ações de maior impacto foram:

- atraso na prestação de contas dos estados e municípios - os estados e municípios têm alegado que o atraso na prestação de contas deve-se as dificuldades nos processos de licitações para compra de equipamentos. Falta distribuidor local dos equipamentos licitados, mudanças de governos; e
- contratos, convênios e licitações - dificuldades nos processos de licitações para compra de equipamentos e falta de distribuidores locais dos equipamentos licitados.

Muitas vezes tende-se a formar um círculo vicioso, pois o atraso na liberação de recursos inviabiliza o cronograma e atraso no cumprimento das metas, o que leva à solicitação de prorrogação da execução do projeto. A prorrogação, por sua vez, não pode ser negada, sob pena de comprometer o que já foi executado e o que está em execução.

A atuação por meio de projetos, a exemplo da Rede de Cuidados Integrals em LER e da Vigilância à População Exposta ao Benzeno no Brasil, foram estratégias que contribuíram para a obtenção dos resultados. Tais projetos aperfeiçoaram os mecanismos de ação descentralizados, evidenciando o contexto dos problemas relativos à saúde do trabalhador e melhorando a capacidade diagnóstica dos estados integrantes.

A realização dos cursos de capacitação em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e Vigilância foram adiados por diversas vezes, tendo em vista o atraso do repasse dos recursos financeiros aos estados ou municípios, dificuldade do pagamento de hora-aula aos professores que administraram os cursos; o não pagamento de passagens e diárias aos professores, a não disponibilidade de agenda por parte dos instrutores, tendo em vista o adiamento dos cursos previamente agendados pelas coordenações estaduais e municipais.

Para monitoramento sobre o desempenho físico das ações com execução descentralizada, as informações são obtidas por meio de relatórios, oficinas de avaliação, informação via *e-mail*, telefone e visitas de técnicos *in loco* para

avaliação das ações desenvolvidas pelo convênio. No âmbito da gerência foi iniciado o processo de discussão de um instrumento para monitoramento e avaliação das ações. As principais dificuldades enfrentadas foram: atraso na liberação dos recursos financeiros para os projetos estaduais e municipais; baixa capacidade operativa e conseqüente descumprimento do cronograma de utilização dos recursos financeiros pelos parceiros e equipe técnica reduzida para o acompanhamento operacional das metas estabelecidas. Esses fatores dificultaram o controle da execução física. Para melhorar o desempenho físico das ações com execução descentralizada, sugere-se o desenvolvimento de Curso de Gestão nas 27 Unidades Federadas, aumento de pessoal técnico e ampliação do processo de capacitação em curso.

Os estados e municípios não dispõem de recursos humanos adequados para implementação do Programa, além da Coordenação ser gerenciada por profissionais que não são da área. A insuficiente qualificação dos recursos humanos das equipes locais em gestão tem gerado algumas dificuldades como: aplicação dos recursos financeiros de acordo com o que foi proposto no convênio; discussão local sobre o cumprimento das metas.

Os esforços da equipe gerencial voltados para capacitação, foram além das expectativas, levando-se em conta a redução da equipe técnica. Possibilitou-se a participação de dois Técnicos da Coordenação de Saúde do Trabalhador no Curso de Especialização em Gestão Compartilhada e Valores Humanos, com carga horária de 360 horas, realizado durante o expediente de trabalho. Espera-se que o mesmo possa redundar no melhor desempenho da área.

A capacitação nos estados e municípios foi avaliada pela Oficina de Trabalho, com a participação de representantes dos Estados de SP, TO, CE, AP, GO, PB e MT. Os resultados desta oficina foram positivos, sendo produzido um instrumento de avaliação para o processo de capacitação. O material utilizado para a capacitação esta sendo testado.

Dentro das limitações locais, as SES e SMS esforçaram-se para viabilizar a realização, em parcerias, dos cursos de capacitação da atenção básica e com outras instituições. Em alguns estados foram realizados mais de um curso, a exemplo de Goiás, o que significou fator positivo, visto que os profissionais foram sensibilizados e capacitados para o desenvolvimento do Projeto Observatório em Saúde do Trabalhador que objetiva construir práticas integradas, multissetoriais e transversais.

No plano intra-setorial estabeleceu-se parcerias com os Programas Saúde da Mulher e Saúde Mental. A parceria com os Programas Saúde da Criança e do Adolescente, Dermatologia Sanitária, Pneumologia e Saúde Bucal encontra-se em fase de articulação, com algumas ações já definidas. A inter-relação destes programas é imperiosa para o desenvolvimento de ações transversais e potencialização dos resultados. Contudo, existem dificuldades de acesso aos planos de ações de outras áreas que possuam interface com o Programa e a falta de cultura institucional de integração sistemática das ações de saúde de um modo geral e das próprias demandas dos programas. No plano intersetorial, é necessário desenvolver parcerias com os ministérios do Meio Ambiente; da Ciência e Tecnologia; da Agricultura; da Educação e da Indústria e Comércio para consecução dos objetivos do Programa.

A parceria com os ministérios do Trabalho e da Previdência e Assistência Social resultou no cumprimento da meta Trabalho é Vida e na atualização de normas regulamentadoras.

No âmbito do Ministério da Saúde, fez-se parceria com o Departamento de Atenção Básica a qual propiciou a produção de materiais educacionais e instrucionais, e a capacitação de profissionais da rede em Saúde do Trabalhador.

O desenvolvimento do campo da saúde do trabalhador é muito dependente da articulação com a sociedade, visto que as normas institucionais e legais que o regem exigem mecanismos de controle social, especialmente pelos conselhos de saúde e suas comissões de saúde do trabalhador, no planejamento e execução das ações. O Programa foi concebido nesta perspectiva e o grau moderado de participação da sociedade, deve-se ao fato de que esses mecanismos encontram-se em processo de instituição.

No processo de avaliação da capacitação foram ouvidos os participantes dos diversos cursos ministrados e, por meio de questionários, avaliou-se os conhecimentos adquiridos para modificação do atendimento em saúde do trabalhador. A avaliação dos instrumentos de orientação e de educação foi positiva. A atenção aos trabalhadores nas unidades de saúde é considerada como reativa, assistencial, direcionada aos agravos (carecendo de ações proativas dirigidas aos fatores de riscos, que determinam esses agravos) e sem a preocupação com os conseqüentes direitos previdenciários dos trabalhadores.

Entende-se que a implementação de pesquisa de satisfação dos usuários deve estar inserida na política de saúde como um todo. E, dessa maneira, conter o componente relativo ao Programa Saúde do Trabalhador. A periodicidade para esse componente que mais parece adequada é bianual, portanto, não temos um instrumento específico para medir o grau de satisfação do usuário.

## Saúde Mental

### Resultados

O Programa tem como objetivo reverter o atual modelo hospitalocêntrico para um modelo de intensificação da atenção extra-hospitalar, implementando serviços ambulatoriais, de base comunitária que permitam a reinserção do paciente na comunidade e a sua integração familiar e social. A diminuição do número de leitos e, conseqüentemente, do número de internações devem caminhar junto com a criação e a consolidação destes serviços substitutivos.

O Programa apresenta dois indicadores: Prazo Médio de Permanência Hospitalar por Transtornos Mentais no SIH/SUS; e Taxa de Gasto com Internações por Transtornos Mentais no Total de Gastos com Saúde Mental no SUS.

O índice para o indicador Taxa de Gastos em Internações Psiquiátricas em Relação ao Total de Gastos em Saúde Mental tem diminuído, conforme esperado, passando de 94% no início do PPA para 80,28% em 2002.

Em relação ao indicador Prazo Médio de Permanência Hospitalar por Transtornos Mentais no SIH/SUS, pode-se observar uma diminuição gradativa. Considerando os dados obtidos junto ao Datasus, no início do PPA o prazo médio de permanência era de 49 dias/mês; em 2001 esta média estava em torno de 45,5 dias/mês. Embora no Datasus o número médio de dias apareça em torno de 47 dias/mês, em 2002 (Brasil), observa-se que na maioria dos estados esta média está em torno de 40 dias/mês.

A partir de 2001 foi estabelecido um mecanismo de registro e diferenciação para os pacientes com longo tempo de permanência em regime de internação, o que implicou em aumento do tempo médio de permanência registrado para este subconjunto de pacientes, mas com reflexo no cômputo geral, pela mudança dos mecanismos de registros e não por aumento no tempo médio real de internação. Assim, para se calcular o indicador referente ao tempo médio de internação fez-se necessário distinguir os transtornos que acarretam uma permanência continuada.

Nos dois últimos anos foi possível observar uma diminuição do número de internações, concomitantemente com a consolidação dos serviços substitutivos.

No ano de 2002, foram obtidas grandes conquistas no fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, de base comunitária. O panorama evoluiu de 295 serviços tipo CAPS cadastrados em junho de 2002 para 424 serviços, tipo CAPS, sendo 382 para transtornos na área de saúde mental e 42 específicos para transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Houve também a avaliação por meio do instrumento PNASH/Psiquiatria de 244 hospitais psiquiátricos e 59 unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Considerando o período de 2000-2002, foram muitos os resultados positivos no Programa Saúde Mental.

A diminuição do prazo médio de permanência hospitalar por transtornos mentais vem ocorrendo, porém ainda de forma muito lenta. É necessário dar continuidade e fortalecer o processo de qualificação dos hospitais psiquiátricos, em especial a continuidade do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Versão Psiquiatria), e incentivar a expansão e a consolidação da rede extra-hospitalar.

**Gerente:**

**Pedro Gabriel Godinho Delgado**

Em relação ao indicador taxa de gastos com internações psiquiátricas por transtornos mentais no SUS, é possível observar uma diminuição gradual, porém constante, que acontece juntamente com o aumento dos investimentos de recursos nos serviços extra-hospitalares, com o aumento gradativo da rede de assistência ambulatorial. Cabe continuar o processo de expansão da rede assistencial substitutiva, fortalecendo e incentivando também os serviços residenciais terapêuticos.

De um modo geral, os impactos sobre o público-alvo têm sido bastante positivos, a programação da área contempla um dos maiores desafios da área, que é a ampliação da cobertura assistencial, aumentando o número de serviços extra-hospitalares, além de melhorar a qualidade da atenção por meio do Programa Nacional de Capacitação e Atualização de profissionais que atuam na área, não só nos serviços específicos da área mas também junto as equipes da atenção básica de saúde.

No Programa **Saúde Mental**, tem-se procurado desenvolver ações que visem à inclusão e participação efetiva dos usuários, familiares, gestores e prestadores de serviços de forma paritária. O impacto do Programa sobre o público-alvo é considerado positivo, tendo em vista a efetiva participação de representantes dos usuários do SUS por ocasião de reuniões, eventos, conferências. Além disso a área de saúde mental tem participado efetivamente da Comissão Intersectorial de Saúde Mental, do Conselho Nacional de Saúde.

Em relação as ações desenvolvidas em 2002, destacaram-se: a realização do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que marca o início de uma importante interlocução entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e as instâncias estaduais e municipais; o fortalecimento do Programa Nacional de Capacitação de RH segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica; e o lançamento do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada para os Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Um dos principais impactos negativos sobre o público-alvo do Programa é a não execução física e orçamentária da ação do incentivo bônus. Esta ação tem como objetivo principal beneficiar os pacientes longamente internados, auxiliando na manutenção dos mesmos no processo de desinstitucionalização. Desde o início do PPA tem-se buscado, sem êxito, resolver uma pendência jurídica. Embora a Lei nº 10.216, no seu artigo 5, tenha previsto a criação de política específica de alta hospitalar planejada e reabilitação social assistida. Este vinha preocupando a área, pois em função da não execução física e orçamentária, os recursos destinados para essa ação vêm diminuindo a cada ano. Porém, no atual Governo, esta ação será executada a partir da publicação de uma Medida Provisória Presidencial.

Muitos desafios ainda existem para a área como a consolidação da rede assistencial; a redução gradual dos leitos psiquiátricos; a avaliação/reclassificação de outros serviços extra-hospitalares como os hospitais-dia e ambulatorios; a atenção psiquiátrica em hospitais gerais; a garantia da continuidade da aplicação do PNASH/Versão Psiquiatria; a garantia da alocação dos recursos do FAEC, ou outra fonte, que consolide os serviços de atenção psicossocial cadastrados em 2002 e que serão cadastrados; a ampliação e consolidação dos serviços residenciais terapêuticos; além da formulação de políticas específicas de atenção em saúde mental para a população prisional, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa etc.

Sem dúvida, um dos principais desafios é a ampliação da cobertura, ou seja, aumentar o acesso aos usuários. Com a ampliação da rede extra-hospitalar foi possível, embora ainda não de forma tão homogênea aumentar a oferta de serviços tipo CAPS (saúde mental e álcool e drogas), em quase todos os estados brasileiros.

Destacamos alguns dos principais resultados em 2002:

- Implantação do PNASH/Psiquiatria - a aplicação do PNASH em todos os Hospitais Psiquiátricos e nas unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais, possibilitará o acompanhamento, a avaliação e a tomada de medidas corretivas quando necessário, em relação aos serviços prestados - Rede SUS.
- Publicação da Portaria nº 2.391 - a referida portaria regulamenta a Lei nº 10.216, de 2001, no que se refere as internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias, garantindo os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais que necessitam de internações.

Resultados Esperados para 2003:

- ampliação da rede extra-hospitalar, aumentando o número de Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Atenção Psicossocial, além da busca da melhoria da qualidade da atenção nos hospitais gerais e ambulatoriais;
- aplicação do PNASH/Psiquiatria em todos os Hospitais Psiquiátricos e unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais;
- redução progressiva de 5 mil leitos psiquiátricos em 2003;
- assegurar a continuidade dos mecanismos de financiamento da rede de serviços tipo CAPS.
- fortalecimento e ampliação do Programa Nacional de Capacitação de RH para a Reforma Psiquiátrica, incluindo os profissionais dos manicômios judiciários;
- implantação efetiva do Incentivo Bônus, esta ação reforça a reintegração sociofamiliar dos pacientes que vivem há longos anos em hospitais psiquiátricos;
- implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto a 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
- incentivar a participação de familiares de pacientes com transtornos mentais na discussão do processo da reforma psiquiátrica, bem como investir na capacitação do leigo, conforme modelo teórico adotado pela OMS, consubstanciado na noção de familiares como parceiros no tratamento, promovendo um aumento da autonomia dos familiares para lidar com problemas decorrentes de tais transtornos.

.....

Estima-se que o número de pessoas que necessitam de atendimento regular e contínuo (considerando-se a população brasileira de 169 milhões) gira em torno de 4 a 5 milhões de pessoas, portadoras de transtornos como psicoses, neuroses graves, deficiência mental acompanhada de outros transtornos e pessoas com problemas clínicos importantes decorrentes do consumo de álcool e drogas. Além disso, existe a demanda representada por pessoas com transtornos decorrentes da exposição a situações de vulnerabilidade social extrema e de risco – as graves situações de violência urbana, doméstica, contra a mulher e a criança, as situações de desemprego e abandono, a tragédia da exclusão social, são vários os exemplos, com repercussões psicossociais intensas e graves e que não estão sendo atendidas no sistema de saúde.

## Concepção

Acrescente-se a esta clientela de quase 5 milhões de pessoas, que precisaria estar sendo atendida agora, neste momento, de maneira regular e contínua, pela rede pública, todos aqueles homens, mulheres e crianças com outros transtornos, de menor gravidade porém de intenso sofrimento, os quais se manifestam como sintomas de ansiedade, depressão, fobias, condutas obsessivas, inibições, isolamento, insegurança, seja em decorrência de situações da vida ou que surgem aparentemente sem nenhum motivo ancorado em seu cotidiano. Este conjunto de agravos atinge cerca de 15 milhões de brasileiros, dos quais uma proporção muito pequena consegue ter acesso a consultas particulares ou através de convênios do Seguro-Saúde (convênios que, praticamente de forma padronizada, estabelecem duras restrições para o atendimento psiquiátrico ou psicológico). Portanto, a situação se apresenta com uma importante lacuna, do sistema público de saúde em relação a atenção aos transtornos mentais. Desta forma, a questão da extensão das ações de saúde mental, do aumento de cobertura e da inclusão da saúde mental no sistema de atenção primária ou básica é crucial.

A seguir, a relação das principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias:

- Rede de serviço de atenção mental insuficiente para atender a demanda: ampliar e fortalecer a rede de assistência extra-hospitalar
- Criar mecanismos que dêem suporte à desinstitucionalização: implantar ação Incentivo-bônus; estimular a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos
- Modelo de cultura - estigma: trabalhar a mudança de referencial da cultura

Outros produtos desenvolvidos e que não estão descritos no PPA são a elaboração de atos normativos, realização de eventos técnicos, participação em comissões e grupos de trabalho, elaboração de material instrucional e publicações técnicas.

A concepção do Programa é adequada, pois a reversão do modelo se justifica, uma vez que existe no País um número significativo de pessoas, longamente internadas em hospitais psiquiátricos, com possibilidade de alta hospitalar. Sendo necessário o fortalecimento e a ampliação da rede de atenção extra-hospitalar, em saúde mental, para melhor atender a demanda existente.

Reforçando a importância do Programa, cabe lembrar o estabelecido na Lei nº 10.216, de 2001, sancionada pelo Presidente da República, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A estratégia de implementação precisa ser aperfeiçoada em alguns aspectos:

- Melhorar o processo de liberação de recursos no que se refere as várias etapas de tramitação e liberação dos recursos referentes aos convênios celebrados.
- Melhorar o acesso de informações nas diferentes etapas (principalmente as fontes relacionadas aos sistemas que possibilitam o acompanhamento dos projetos).

Contribuíram para a obtenção dos principais resultados:

- Integração entre as esferas de governo, nos três níveis, no desenvolvimento das ações.
- Envolvimento crescente da participação dos usuários e familiares.

## Implementação

Em 2001 os esforços foram centrados na organização e mobilização das conferências municipais, estaduais e a nacional de saúde mental, na aprovação da Lei nº 10.216, e no fortalecimento das relações entre as diferentes esferas de governo. Além disso foram elaborados diversos atos normativos, tendo por objetivo a regulação dos serviços e a criação de instrumentos específicos para avaliação dos mesmos, como o PNASH/Versão Psiquiatria.

Em 2002, os esforços foram direcionados para o fortalecimento e a ampliação da rede extra-hospitalar, e para a aplicação do instrumento de avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos.

Cabe destacar que, em 2000, houve mudança na gerência do Programa. Além disso, o Programa, que até 2000, estava ligado à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, passou para a Secretária de Assistência à Saúde - SAS. O Ano de 2000 foi marcado pelo processo de transição e composição de uma equipe mínima para desenvolver as diferentes atribuições do Programa de Saúde Mental. O gerente do Programa desempenha também a função de coordenador, no âmbito nacional, da área de saúde mental.

Em 2002, os recursos financeiros liberados foram considerados insuficientes, pois para cumprir o planejamento interno do Programa é necessário aumentar os recursos disponíveis para a área (ampliar rede de CAPS, formação de RH, realização de eventos técnicos, elaborar e distribuir publicações diversas, ampliar serviços tipo residenciais terapêuticos, ambulatoriais e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais). Entretanto, mesmo com recursos financeiros insuficientes, o Programa conseguiu cumprir suas metas físicas em relação a algumas ações como a Implantação dos Serviços, em função da alocação de recursos extra-orçamentários e de parcerias que são celebradas. No entanto, só recursos de parceiros não garantem a realização nem a continuidade das ações.

No ano de 2002 o fluxo de recursos sofreu descontinuidade, prejudicando a execução programada pela área, na medida em que alguns projetos aprovados pela área não receberam os recursos. Em sua maioria tiveram os termos de convênio emitidos mas não foram pagos. Listamos abaixo alguns pontos que contribuíram para as dificuldades citadas anteriormente:

- Atraso na liberação de recursos - alguns projetos que são aprovados com vistas à celebração de convênios recebem os recursos com atraso, acarretando o retardo da programação e execução. Em alguns casos acontece defasagem nos valores solicitados, em especial quando são valores com vistas a aquisição de equipamentos e materiais permanentes.
- Restos a pagar - alguns recursos que não são repassados aos proponentes ficam como restos a pagar, sendo executados somente no exercício seguinte.
- Atraso na prestação de contas dos estados e municípios - a prestação de contas é encaminhada direto ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. O Programa necessita de um relato breve ou um resumo a respeito da mesma. A área acompanha a prestação de algumas ações em especial.
- Contratos, convênios e licitações - o repasse dos recursos é realizado mediante celebração de convênios. Identificamos uma série de dificuldades que vão desde a morosidade do processo, erros de preenchimento dos formulários, até a não apresentação da documentação exigida.

Houve também interferências nos processos de contratos e convênios na implementação do Programa em 2002, dentre os fatores restritivos, citamos:

- Inadimplência - estados e municípios inadimplentes não celebram convênios. Muitas vezes são municípios e estados estratégicos para o fortalecimento do Programa.
- Exigência de Contrapartidas - alguns estados e municípios consideram muito alto o percentual de contrapartida, alguns sugerem que os recursos humanos sejam aceitos como contrapartida.
- Lentidão da tramitação - o processo entra no núcleo estadual, que encaminha para o FNS (Brasília). Este Fundo analisa a documentação e após encaminha para o Programa, para emissão de parecer e devolução para o FNS via secretaria executiva ou gabinete do ministro, conforme orientação. Quando faltam documentos e/ou formulários o próprio fundo entra em contato com o proponente para solicitar o envio e, em alguns casos, é solicitado que a área faça o contato com o proponente. Verificamos também que alguns processos são analisados pela área técnica, porém na hora da emissão do termo de convênio o projeto/processo é identificado como sendo de outro Programa. Este fato dificulta o acompanhamento do processo.

O controle se dá basicamente mediante o recebimento de relatórios e o acompanhamento por meio de contato direto com as coordenações estaduais e municipais de saúde mental.

Um banco de dados atualizados está sendo organizado, com dados e informações sobre os serviços existentes e sobre as características de cada serviço, incluindo o seu desempenho, cobertura e produção. Uma das principais dificuldades no monitoramento refere-se ao reduzido número de técnicos da área para atender a demanda.

O Programa tem estabelecido parcerias com diferentes instituições governamentais, representações de usuários e prestadores de serviços, para a formulação de políticas de atenção aos portadores de transtornos mentais. Alguns exemplos são as parcerias com o Ministério da Justiça, para a formulação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e da Política Nacional de Saúde para os Adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.

Muitas outras parcerias são estabelecidas, intra e intersetorial, como exemplo pode-se citar a parceria estabelecida com o Ministério Público na regulamentação da Lei nº 10.216, no que se refere a internação voluntária, involuntária e compulsória. Parceria com a Coordenação Nacional-DST/Aids, na elaboração de estudo sobre prevalência de HIV/Aids entre os pacientes internados em hospitais psiquiátricos e em atendimento nos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, com O MEC e Senad na elaboração de documento sobre habilidades necessárias para o curso de formação de técnicos em atenção aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, MJ, OPAS/OMS, Senad, PR, MP, Câmara dos Deputados, Associações, ONG, secretarias estaduais de saúde e municipais etc.

Estas parcerias são fundamentais na execução de ações que atendam as reais demandas dos usuários e o oferecimento de atenção integral, considerando aspectos, sociais de garantia de direitos, de saúde, de assistência social, de educação etc.

A área técnica tem realizado, sempre que possível, seminários e reuniões técnicas, com vistas ao aperfeiçoamento das equipes responsáveis pela implementação das ações. As principais dificuldades encontradas referem-se a questões de agenda e de recursos financeiros. Cabe destacar o interesse demonstrado pelos gestores estaduais e municipais em participar destas capacitações.

Numa análise mais detalhada em relação a deficiência de recursos humanos, materiais e de infra-estrutura do Programa no exercício de 2002, percebe-se alguns fatores desta ordem que prejudicaram a sua implementação:

- Recursos materiais insuficientes.
- Infra-estrutura inadequada.
- Quantidade inadequada de recursos humanos na equipe gerencial.
- Quantidade inadequada de recursos humanos nas equipes locais.
- Insuficiente qualificação dos recursos humanos da equipe gerencial - é necessário investir na atualização da equipe técnica do Programa, embora os mesmos apresentem qualificação para a realização dos trabalhos.
- Insuficiente qualificação dos recursos humanos das equipes locais - a formação de RH para a reforma psiquiátrica é uma das prioridades da área de saúde mental. Foi incluída a ação de capacitação de RH para a reforma psiquiátrica para o ano de 2003. A inclusão de tal ação possibilitará a formação, especialização e atualização das equipes que atuam na área de saúde mental, em especial as equipes dos novos serviços implantados.

No Conselho Nacional de Saúde existe a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, da qual o gerente participa, enquanto representante do Ministério da Saúde. Além disso, a área tem canal aberto com diferentes movimentos e representações de usuários, profissionais, prestadores de serviços (movimento da luta antimanicomial, associação de usuários e familiares de saúde mental, conselhos profissionais, conselhos municipais e estaduais de saúde etc.).

Ressalte-se a maciça participação e representação destes segmentos nos eventos e ações desenvolvidos pela área.

Foi estabelecida parceria com a coordenação Disque-Saúde, que muito tem contribuído para conhecer a opinião dos usuários. Outra forma de avaliação da satisfação do usuário se dá por meio da participação de representantes da área no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Finalmente, o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares, constitui-se uma das principais fontes de pesquisa sobre a satisfação dos usuários com a atenção recebida.

Além destas, está sendo organizado um instrumento de avaliação e acompanhamento dos serviços extra-hospitalares que foram cadastrados em 2002.

## Saúde Suplementar

**Resultados** O objetivo do Programa é garantir aos consumidores de planos ou seguros de assistência à saúde os serviços contratados e sua adequação ao estabelecido na regulamentação do setor.

O Programa possui três indicadores, que são: Coeficiente de Denúncias de Segurados; Taxa de Operadoras Fiscalizadas; e Taxa de Cobertura da População.

Todos apresentaram variações favoráveis e expressivas:

Indicadores	2000	2001	2002	variação
Denúncias	0,17	0,26	0,34	100%
Fiscalização	39%	64%	70%	79,5%
Cobertura	16,54%	18,10%	20,30%	21,1%

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão responsável pela execução do Programa, é de criação recente (2000), porém demonstra, pela evolução dos indicadores, que está progressivamente adquirindo maior capacidade de atuação.

O aumento do número de denúncias em 2001 deve-se à criação de um canal de comunicação com o consumidor, o disque ANS, criado neste ano. A diminuição do número de denúncias em 2002 é atribuída ao crescimento da taxa de fiscalização desde 2001, inibindo práticas irregulares, passíveis de denúncia. Em 2002, também foi realizada uma campanha de *marketing* institucional, com ênfase no consumidor de planos e seguros privados de saúde. Espera-se que em 2003 haja uma redução no número de denúncias recebidas, devido à apuração adequada das denúncias, atividade correlacionada à fiscalização de operadoras, a qual inibe práticas em desacordo com a legislação de saúde suplementar.

O crescimento da taxa de fiscalização não é apenas quantitativo, mas também qualitativo, na medida em que houve aumento da fiscalização ativa, ou seja, aquela que não é originada de uma denúncia, em detrimento da fiscalização reativa, que diminuiu em quantidade, motivada tanto pela diminuição do número de denúncias, quanto pelo aumento das fiscalizações ativas. Também tem-se buscado o aperfeiçoamento da sistemática de fiscalização, priorizando aquelas derivadas de análise técnica, assistencial e econômico-financeira, que cresceram de 111, em 2001, para 942, em 2002. Além disso, foi criada a sistemática de fiscalização ativa, no primeiro semestre de 2002, de natureza bem mais abrangente, tendo sido efetuadas 185 fiscalizações desse tipo no referido exercício. Espera-se, desta forma, reduzir paulatinamente o número de fiscalizações reativas, oriundas de denúncias recebidas, de natureza mais restrita, que apresentou a seguinte variação: 8.028, em 2001; e 8.355, em 2002.

Outro resultado que merece ser mencionado é o aumento da capacidade de garantir o cumprimento da legislação, por meio da normatização da aplicação de penalidades e da ampliação de seus impactos, através da instituição do Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta e Termo de Compromisso de Conduta.

Gerente:

Roger Cardoso Pires da Rosa

A Câmara de Saúde Suplementar passou a atuar de maneira cada vez mais sistemática e a ANS passou a utilizar-se de câmaras técnicas, para maior aprofundamento da discussão dos temas do setor, além de instituir a consulta pública como instrumento de debate.

No âmbito da regulamentação, tornou-se obrigatório que todas as operadoras se utilizem do Regime de Competência para Registro Contábil, ao invés do Regime de Caixa que todas utilizavam, fazendo com que houvesse alterações no perfil de seus balanços, que passaram a ser de publicação também obrigatória. Isso não muda a realidade econômico-financeira das empresas, mas dá mais transparência e visibilidade a desequilíbrios já existentes.

O indicador Taxa de Cobertura da População também apresentou evolução positiva, a qual pode ser creditada, parcialmente, à maior segurança contratual propiciada pela regulamentação e fiscalização da assistência prestada pelos planos e seguros privados de saúde. No entanto, vale recordar que o índice também é diretamente influenciado por importantes variáveis macroeconômicas, tais como o crescimento do Produto Interno Bruto e da renda disponível, especialmente nos segmentos de classe média.

Em relação à situação inicialmente planejada para os indicadores, há que se considerar que a Saúde Suplementar se constitui em uma área de atuação governamental nova, cujo conhecimento ainda é reduzido e na qual o Estado esteve praticamente ausente nos últimos trinta anos, somente iniciando sua regulação efetiva em junho de 1998. Assim, tendo em vista a falta de estudos técnicos precedentes suficientes, não foram estabelecidos índices ao final do PPA para os indicadores Coeficiente de Denúncias de Segurados e Taxa de Cobertura da População. Apenas o indicador Taxa de Operadoras Fiscalizadas possui um índice previsto para 2003, o qual já foi superado em mais de 40%.

É importante ressaltar que o ano de 2002 trouxe, para o Programa **Saúde Suplementar**, importantes conquistas, fazendo avançar a regulação de um setor que atinge diretamente 35,4 milhões de brasileiros. Foram editadas, em 2002, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, 21 Resoluções Normativas, duas Resoluções de Diretoria Colegiada, 112 Resoluções Operacionais, duas Súmulas Normativas e quinze diferentes Instruções Normativas. Mais do que números, cada uma dessas ações representa a atenção da ANS para um setor que cresceu e se desenvolveu com muitas distorções e, durante mais de trinta anos, quase que sem qualquer interferência do Estado.

Dentre as ações do Programa, merecem destaque: o ressarcimento ao SUS, que encontrou um caminho mais concreto, sendo recolhidos pela ANS R\$ 35 milhões, os quais foram repassados ao SUS; a revisão e aperfeiçoamento das primeiras normas editadas pela Diretoria Colegiada da ANS; e a ampliação da participação dos atores do setor em câmaras e consultas.

Os avanços na metodologia empregada para o cálculo do reajuste por variação de custo dos contratos individuais e familiares, também merecem destaque. Como consequência, foi possível fixar um reajuste bastante próximo ao da média praticada no mercado de planos coletivos, fazendo repassar para o consumidor individual de planos e seguros privados de saúde o ganho da negociação obtida entre pessoas jurídicas.

O aperfeiçoamento normativo e dos mecanismos de acompanhamento e controle das operadoras teve reflexos concretos e imediatos para o setor de saúde suplementar. Em 2002, a ANS instalou 74 direções fiscais, as quais geraram sete liquidações extrajudiciais decretadas, cabendo mencionar que a Agência orientou a absorção da carteira pelo mercado, a fim de evitar prejuízo à continuidade da assistência aos consumidores afetados. Por esse mesmo instrumento, em 2002 foram saneadas seis operadoras postas em direção fiscal, permitindo que seus consumidores mantenham seus planos de assistência à saúde em condições efetivas de receber o atendimento contratado.

Mais importante, porém, é destacar o caráter preventivo das ações da ANS, pois são diversas as iniciativas adotadas com vistas a evitar que as operadoras cheguem ao estágio do regime especial. A guisa de esclarecimento – e para ilustrar melhor essa afirmação – a Agência já aprovou trinta Planos de Recuperação, dos mais de noventa exigidos, o que, juntamente com outras medidas, resultou o aumento do patrimônio das operadoras em acompanhamento na ordem de R\$ 162 milhões, dos quais a maior parcela já integralizada.

Os avanços obtidos em 2002, são refletidos nos principais resultados alcançados pelo Programa, listados a seguir:

- A fiscalização das operadoras de saúde suplementar contempla dois importantes projetos, denominados respectivamente Cidadania Ativa e Olho Vivo. Como resultado de ambos os projetos, a ANS realizou, no exercício de 2002, 9.573 ações de fiscalizações em 1.319 operadoras, que geraram a aplicação de 2.478 autos de infração. Das fiscalizações efetuadas, 8.846 referem-se a fiscalizações reativas geradas a partir de 12.028 denúncias recebidas, em sua maioria por meio do Disque ANS - Central 0800 de Atendimento ao Consumidor, e 942 foram derivadas de análise técnica, assistencial ou econômico-financeira. Já as fiscalizações pró-ativas, realizadas a partir do segundo semestre de 2002, no âmbito do Projeto Olho Vivo, totalizaram 185 ações.
- A ANS centralizou as operações do ressarcimento ao SUS, estabelecendo em 2002 uma nova metodologia para o processo. Tal medida gerou um enorme esforço gerencial para a manutenção e sistematização do processo de ressarcimento, imprimindo um significativo incremento no volume de análises e prazos. Houve, assim, uma significativa evolução, da ordem de 87% no número de beneficiários identificados que receberam assistência do SUS, na comparação entre julho de 2001 e novembro de 2002. No mesmo período, houve um acréscimo de 1.412% no valor das cobranças às operadoras (de R\$ 11,8 milhões para R\$ 179,1 milhões) e de 689% nos valores efetivamente pagos pelas operadoras (de R\$ 4 milhões para R\$ 32 milhões). O objetivo do sistema de ressarcimento é recuperar os recursos financeiros gastos pelo SUS na prestação de atendimento a beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
- Como já citado, a forma de cálculo dos reajustes nos planos de saúde avançou bastante no exercício 2002. A ANS adota hoje o método que é conhecido como a regulação por padrão de comparação, que é a medida própria do mercado, sendo que, no caso da saúde suplementar, isto significou utilizar a média dos contratos coletivos.
- Fruto de diversas câmaras técnicas (duas de reajuste e uma de sugestões de revisão técnica de preços), a ANS incluiu uma novidade em 2002. Após a instrução da Câmara Suplementar e contatos com as confederações médicas e entidades de consumidores, foi aberta a possibilidade de as operadoras aumentarem o valor das consultas dos médicos. Por esse motivo, as instituições de assistência à saúde privada tiveram a opção de receber mais 1,7% de reajuste se aumentassem em 20% os valores das consultas médicas. Dessa forma, a ANS procurou valorizar e qualificar o ato da consulta médica, que vem tendo o preço mais achatado ao longo do tempo, priorizando esse reposicionamento para obedecer a lógica do cuidado em saúde, considerando-se que a relação médico-paciente é a alavanca do bom atendimento.

Finalmente, para 2003 espera-se obter o aperfeiçoamento da ação Implantação do Modelo Normativo para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com a elaboração, publicação, institucionalização e acompanhamento de normas e procedimentos para a totalidade das operadoras, relativos à padronização de informações contábeis, a garantias financeiras e à habilitação ao registro definitivo. Espera-se que, no final de 2003, todas as operadoras do mercado estejam adotando a contabilidade padrão e já tenham garantias financeiras constituídas. Além disso, 90% das operadoras deverão ter acesso ao registro definitivo de operação.

Para a ação Fiscalização e Monitoramento das Operadoras de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, espera-se um aumento significativo em sua eficiência e eficácia, mantendo-se a política de apuração integral de todas as denúncias registradas, por meio de fiscalizações reativas *in loco*, bem como pelo acréscimo de mais de 50% no número de fiscalizações pró-ativas realizadas, de 185, em 2002, para mais de trezentos, em 2003, junto às maiores operadoras de planos e seguros privados do País. Serão feitas análises técnicas prévias nessas operadoras e, em seguida, verificado *in loco* o cumprimento da totalidade da regulação a qual as mesmas estão sujeitas.

.....  
O Programa é implementado de forma centralizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e tem como público-alvo direto os usuários de planos e seguros privados de saúde, as operadoras de saúde suplementar e as prestadoras de serviços de saúde e, indireto toda a população brasileira usuária do Sistema Único de Saúde - SUS.

## Concepção

Vale destacar que as ações de regulação diretamente realizadas pelo Programa não refletem a sua enorme abrangência econômica e social. O dimensionamento exato do tamanho do mercado de saúde suplementar no País é tarefa ainda por concluir, mas estima-se que o setor privado – que é objeto da regulamentação propiciada pelo Programa **Saúde Suplementar** – movimente recursos anuais superiores a R\$ 25 bilhões, os quais são gastos pelas operadoras de saúde suplementar para a prestação de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares, dentre outros, a seus quase 35 milhões de consumidores.

A estratégia de implementação do Programa **Saúde Suplementar** é adequada, não necessitando de aperfeiçoamento conceitual, mas cumpre destacar que a mesma é centralizada, pois o mesmo é executado diretamente pela ANS, sem que haja articulação ou repasses de recursos para estados e municípios.

A ANS é uma agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde, e assim incorpora à implementação do Programa as vantagens inerentes a esse novo instrumento de atuação do Estado: maior poder de atuação; autonomia administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria, decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei e, por último, o poder legal dado às agências reguladoras em relação à efetivação de suas resoluções.

A ANS possui, ainda, importantes instrumentos para discussão e validação da regulamentação, sempre recorrendo às diretrizes estabelecidas pela Câmara de Saúde Suplementar e valendo-se também dos instrumentos das câmaras técnicas, para maior aprofundamento de temas, e das consultas públicas, como foro privilegiado de debate.

Finalmente, o contrato de gestão, instrumento contratual pactuado entre a ANS e o Ministério da Saúde, e que estabelece metas detalhadas de execução, complementa o processo e permite o adequado cumprimento do Programa **Saúde Suplementar**.

**Implementação** O Programa **Saúde Suplementar** possui padrão de financiamento adequado, pois é custeado em sua maior parte por recursos fiscais, arrecadados diretamente pela ANS, por meio da cobrança de taxas pelos serviços prestados às operadoras de saúde suplementar. Não há ações descentralizadas em execução por outros órgãos ou parceiros, pois a execução é realizada diretamente pela ANS. Para essas ações, há diversos mecanismos gerenciais de controle de desempenho, dentre os quais se destaca o Contrato de Gestão, celebrado com o Ministério da Saúde, e que estabelece diversos indicadores e metas a serem atingidas no período 2000 a 2003.

A ANS desenvolveu, entre os anos 2000 e 2002, várias ações de capacitação envolvendo seus quadros técnicos, tanto aqueles localizados em sua sede, como em seus núcleos regionais. Tais ações encontram-se estruturadas em torno do plano de capacitação do órgão, o qual possui inclusive norma própria, e impactaram muito favoravelmente na execução do Programa **Saúde Suplementar**, haja vista o reduzido contingente de especialistas em saúde suplementar existente no País.

Nos seus quase três anos de atuação, o Programa vem progressivamente desenvolvendo e aperfeiçoando ferramentas de geração e disseminação de informações, a fim de integrá-las aos canais de comunicação com a sociedade, dando condições a esta de se manifestar, opinando (nas câmaras técnicas participativas, formada por especialistas com notório saber e atores do setor de saúde suplementar, e de conselhos deliberativos e consultivos) ou dirimindo e esclarecendo dúvidas específicas do setor (por meio do Disque ANS - Central de Atendimento 0800, do Portal da ANS na internet, por correio eletrônico, cartas, telefone, fax etc., tanto em sua sede, como em seus núcleos de atendimento regionais).

Vale ressaltar, ainda, a existência do Conselho de Saúde Suplementar, composto pelos Ministros de Estado da Saúde, Justiça, Fazenda e Planejamento, que atua como órgão consultivo e deliberativo, com competência para supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.

No que se refere à satisfação do público-alvo de usuários de planos/seguros de saúde, foi realizada, no final de 2001, pesquisa de opinião pública, com abrangência nacional, especialmente contratada, na qual foi detectado um índice de satisfação de 58% dentre aqueles que procuraram a ANS para se informar ou reclamar de seus planos de saúde suplementar. Como o percentual de usuários que já entraram em contato com a Agência ainda é reduzido, esse índice de satisfação poderá ser considerado apenas a partir de uma série histórica, a ser construída a partir das próximas pesquisas de opinião. Nesse sentido, a ANS deverá realizar brevemente nova pesquisa amostral de opinião, procedimento esse que pretende institucionalizar em base anual.

A Central de Atendimento 0800, Disque ANS, criada em julho de 2001, também é importante canal de comunicação com os usuários e fonte de informações sobre a satisfação do público-alvo, pois já registrou mais de 43 mil atendimentos desde sua criação, os quais apresentam um índice de 81% de consultas solucionadas diretamente.

Por outro lado, no que concerne ao público-alvo de operadoras de planos de saúde suplementar e afins, há área de atendimento própria na ANS, prevendo-se que serão registrados até o final de 2002 mais de 10 mil atendimentos, sendo que o tempo médio de retorno às consultas efetuadas considerado excelente pelos usuários.

É importante, ainda, analisar o contexto de execução do Programa. Os recursos materiais e a infra-estrutura foram adequados à implementação do Programa. Por outro lado, a ausência de um quadro de pessoal permanente afeta a ANS como um todo, inclusive na área administrativa, que está incumbida de licitar, contratar e gerir os recursos materiais e a infra-estrutura do Programa. Dessa forma, dificuldades de pessoal na área administrativa geram, por vezes, impacto negativo na capacidade de contratar os serviços e adquirir os bens necessários. A deficiência no quadro funcional da Agência deve-se ao fato de a mesma estar impossibilitada de preencher seu quadro de pessoal permanente, por conta de Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada junto ao Supremo Tribunal Federal, a qual a impossibilita, às agências reguladoras, a realização de concurso público.

## Valorização e Saúde do Idoso

**Resultados** O objetivo do Programa é promover a valorização da pessoa idosa no que concerne à sua saúde, independência funcional e assistência social.

Os indicadores são: Coeficiente de Internação de Pessoas com sessenta anos ou mais no SUS; e Taxa de Atendimento de Pessoas Idosas com Renda Familiar per capita de até ½ salário-mínimo.

A taxa de hospitalizações de indivíduos com sessenta anos ou mais, pelo SUS, ano a ano foi:

- 1999 - 172 hospitalizações por mil indivíduos desta faixa etária;
- 2000 - 171 hospitalizações por mil indivíduos desta faixa etária;
- 2001 - 152 hospitalizações por mil indivíduos desta faixa etária; e
- 2002 - os dados somente estarão à disposição a partir de abril de 2003.

Entre 1999 (ano anterior ao PPA) e 2001, ocorreu uma queda percentual de 11,63% das hospitalizações na população idosa, o que deverá ser uma tendência ainda mais acentuada em 2003, devido à implantação de serviços extra-hospitalares de atenção à saúde do idoso.

Espera-se que com a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Idoso, e o início da oferta a esta população de serviços extra-hospitalares, alternativos à hospitalização, consiga-se resultados mais eficazes e humanizados no atendimento às necessidades de saúde desta população.

O índice do indicador (hospitalizações de indivíduos com sessenta anos de idade ou mais no SUS) previsto inicialmente era de 163/1.000, que correspondia ao índice do ano de 1997. Esse índice aumentou, em 1998, para 168/1.000 e, em 1999, foi para 172/1.000. Em 2000, a taxa foi de 171/1.000 e, em 2001, reduziu para 152/1.000. Dessa maneira, a meta para o final do PPA foi atingida, até superada, em 2001, fazendo-se necessária apenas a manutenção das ações tal qual se encontram para assegurar a continuidade da evolução positiva do indicador.

Em 2002, a campanha de vacinação alcançou 11,2 milhões de idosos, o que corresponde a 74,1% da população estimada para esta faixa etária, superando a meta prevista de 70%.

O indicador de renda familiar mostrou-se ineficaz na medida em que não foi possível a identificação da renda dos usuários dos serviços.

Informações obtidas com os responsáveis pelas ações do Programa no Ministério da Previdência e Assistência Social dão conta de que a meta de atendimento do público-alvo tem sido mantida durante o exercício deste Plano, ou seja, 90% dos idosos estão recebendo atendimento, o que, em números absolutos, representa 306.200 idosos.

**Concepção** Estudos demonstraram que a população com sessenta anos de idade ou mais,

**Gerente:**

**Jorge Alexandre Silvestre**

que é a que mais cresce em nosso País, consumia uma quantidade desproporcional de serviços de saúde, devido à falta de alternativas de atendimento às suas necessidades de saúde, dentro do modelo existente. Desta maneira, se impunha uma necessidade de abordagens inovadoras que atendessem de maneira adequada, isto é, com mais eficácia e efetividade.

O Programa vem apresentando resultados adequados. A implantação de serviços extra-hospitalares de assistência à saúde do idoso, juntamente com estudos, pesquisas e eventos técnicos direcionados e campanhas de vacinação para pessoas com sessenta anos ou mais, têm gerado impactos satisfatórios no indicador coeficiente de internação de pessoas com sessenta anos ou mais no SUS.

O principal problema do Programa é gerencial e está relacionado à distribuição de ações entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Promoção e Assistência Social e a relação entre as equipes. Cada equipe tem agido de maneira isolada, de modo que não se verifica a integralidade do Programa. Essa deficiência na articulação com outros ministérios merece atenção, para que possa ser superada. Faz-se necessário reunir todos os responsáveis pela execução das ações para uma discussão ampla e direta das inter-relações que são inerentes ao bom desempenho do Programa como um todo, de modo que sejam firmados e mantidos os canais de comunicação indispensáveis para tal.

.....  
Na área da saúde, a execução financeira foi aquém do esperado, porque:

## **Implementação**

- as portarias que disciplinaram os serviços extra-hospitalares em saúde do idoso só foram assinadas em meados de abril de 2002;
- ocorreram dificuldades na solicitação de convênios por parte dos proponentes por falta de entendimento sobre as normas e preenchimento das matrizes estipuladas pelo Fundo Nacional de Saúde; e
- o ano eleitoral limitou a possibilidade de assinatura de convênios.

A vacinação de idoso manteve sempre um bom desempenho, superando a meta mínima de 70% de cobertura e reduzindo o número de internações hospitalares por infecções respiratórias em mais de 20 mil por ano.

A participação da sociedade no processo de implementação poderá se dar por meio do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, que foi empossado em outubro de 2002 e está em fase de aprovação de seu regimento interno e de eleição de sua presidência.

# Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde

## Resultados

O objetivo do Programa é prevenir, controlar e alertar sobre surtos, epidemias e agravos inusitados, de maneira oportuna, a partir da permanente vigilância epidemiológica e ambiental em saúde sobre as doenças de notificação regular e compulsória.

Dentre os indicadores do Programa, referentes ao ano de 2002, somente a Taxa de municípios com notificação regular dos agravos de notificação compulsória já estava sendo calculado para o ano de 2001. Para este indicador, os dados para o seu cálculo (referentes a 2002) só estarão disponíveis em janeiro de 2003, quando será possível a sua consolidação. O índice previsto inicialmente, já foi alcançado em 2001, sendo factível o seu alcance em 2003, por tratar-se de meta a ser cumprida por todos os municípios, sob risco de suspensão do repasse de recursos financeiros.

Para o indicador Taxa de Municípios com Informação Regular para Natalidade já vem sendo alcançado o índice de 99,4%, com previsão de alcance do índice inicialmente previsto em 2003.

Para a Taxa de Notificação de Casos com Investigação Concluída em menos de Sessenta dias, a taxa alcançada é de 71,25%. Este indicador não constava no Programa em 2001 e existem ainda dificuldades operacionais, por parte dos municípios. Dentre as dificuldades destacam-se o tempo entre a notificação e o resultado laboratorial, bem como a perda de seguimento do paciente. Entretanto, para o ano de 2003, com a melhoria do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, empreendida este ano, a previsão de integração deste Sistema com o Sistema de Informações Laboratoriais - Silab e o fortalecimento da vigilância epidemiológica nos estados e municípios, estima-se que será alcançada a meta proposta de 80% para 2003.

Quanto à Taxa de Municípios com Cobertura Satisfatória de Informações sobre Mortalidade, não é possível o cálculo deste indicador para esta unidade de análise. Só é possível o seu cálculo para taxas estaduais. Para o ano de 2003, será proposta a modificação deste indicador.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde vem apresentando uma ampliação no campo de atuação, gerando maior capacidade de resposta aos problemas de saúde mais relevantes.

Como resultados finalísticos na prevenção e controle de doenças, podem ser destacados:

- manutenção da erradicação da poliomielite há 13 anos;
- manutenção da eliminação da febre amarela urbana há sessenta anos;
- redução da febre amarela silvestre;
- eliminação do sarampo desde 2000;
- eliminação da cólera desde o primeiro semestre de 2001; e
- redução na taxa de incidência de raiva humana, tétano neonatal, rubéola congênita, difteria, coqueluche e malária.

**Gerente:**  
**Eduardo Hage Carmo**

No que diz respeito às doenças transmissíveis, além da coordenação, em nível nacional, das ações de prevenção e controle para as doenças de notificação compulsória, vem sendo ampliada sua atuação no controle de surtos e doenças emergentes.

Para a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, destacam-se a ampliação dos imunobiológicos ofertados na rotina dos serviços de saúde e das coberturas vacinais no âmbito nacional.

Para apoio e fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, a estruturação e funcionamento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública vem ampliando a capacidade de detecção de casos e surtos de doenças, possibilitando uma maior efetividade e oportunidade no seu controle.

No exercício de 2002, os resultados foram considerados dentro do esperado, e dentre os principais resultados alcançados no desenvolvimento de atividades do Programa de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, destacam-se:

- Ampliação da área de atuação da vigilância epidemiológica: o Sistema de Vigilância Epidemiológica, inicialmente com sua atuação restrita às doenças infecciosas, vem ampliando seu campo de atuação também para fatores de risco, não só para doenças transmissíveis, como para doenças e agravos não-transmissíveis. Nesta área destaca-se a organização de estratégia de vigilância para doenças cardiovasculares, neoplasias, envelhecimento e violência em colaboração com centros de excelência nestas áreas específicas.
- Estruturação da vigilância ambiental: o Sistema de Vigilância Ambiental, em sua fase inicial com atuação restrita ao controle da qualidade da água para consumo humano, além da consolidação deste campo de atuação, vem se estruturando para ampliar o conhecimento e capacidade de intervenção em fatores de risco de natureza ambiental, destacando-se, contaminantes químicos, resíduos sólidos, bem como problemas de saúde relacionados à contaminação atmosférica.
- Controle de doenças: manutenção da erradicação da poliomielite, eliminação do sarampo, cólera, febre amarela urbana e peste. Redução de outras doenças imunopreveníveis como tétano neonatal, rubéola congênita, coqueluche, difteria, meningite por *H. influenzae* e raiva. Redução da doença de Chagas e malária na região amazônica. Prevenção e controle de surtos e epidemias (varíola, febre do Nilo ocidental, antraz, *influenza*).

Dentre os principais resultados esperados até 2003 destaca-se a manutenção da erradicação, eliminação e controle de doenças já alcançadas em 2002; a redução da incidência da dengue, em comparação com os índices alcançados em 2002, e a prevenção de surgimento de casos ou surtos de *Influenza*, febre do Nilo ocidental e varíola, além de outros agravos de importância epidemiológica.

Considerando que três indicadores estão com perspectivas de terem seus índices alcançados em 2003, com o investimento que vem sendo feito nos sistemas de informação, na capacidade de operacionalização da vigilância epidemiológica de estados e municípios, na rede de laboratórios, na vigilância ambiental e análise de situação de saúde, espera-se a manutenção dos resultados positivos já alcançados, no controle de doenças, bem como a ampliação da prevenção de outras doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis.

**Concepção** O Programa **Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde** tem sua origem institucional na criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em 1976, dentro do processo de reorganização dos órgãos de saúde pública no Brasil. Tem como objetivo a organização de ações de prevenção e controle de forma descentralizada, com fins de erradicação, eliminação e controle de doenças de relevância epidemiológica.

A partir da Lei nº 8.080, de 1990, do Sistema Único de Saúde, passa-se a exigir uma ampliação do escopo da vigilância epidemiológica, no sentido da atenção aos principais problemas de saúde brasileiros. Dentre estes, destacam-se as doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias, que passam a representar problemas de maior magnitude e transcendência que as doenças transmissíveis.

Com relação aos aspectos do Programa que precisam ser aperfeiçoados, destacam-se:

- pertinência das ações: dentre as ações do Programa, não se considera de relevância estratégica a ação Estudos e Pesquisas de Biossegurança do Exército;
- suficiência das ações: destaca-se a necessidade da inclusão de ação relacionada ao desenvolvimento de estudos sobre fatores de risco, para doenças transmissíveis e não-transmissíveis, que vem se colocando como um campo estratégico de desenvolvimento da vigilância epidemiológica nos últimos anos;
- alteração de metas físicas: destaca-se que a ação Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde tem como meta 28 sistemas, quando deveria ser um, na medida em que o sistema nacional é único, descentralizado e hierarquizado; e
- adequação dos indicadores - índice ao final do PPA: Taxa de Municípios com Notificação Regular dos Agravos de Notificação Obrigatória - 100; Taxa de Notificação de Casos com Investigação Concluída em menos de Sessenta dias - 80; Taxa de Municípios com Informação Regular para Natalidade - 100; e Taxa de Municípios com Cobertura Satisfatória de Informação sobre Mortalidade - propõe-se a substituição por: Proporção de Estados com Cobertura Satisfatória de Informação sobre Mortalidade.

Não foram apontados aspectos da estratégia de implementação que precisem ser modificados ou aperfeiçoados.

Quanto ao aspecto da estratégia de implementação que mais contribuiu para o alcance dos resultados, tem-se o fator descentralização como destaque.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica requer uma estratégia de organização de ações de forma descentralizada, com definição de competências bem estabelecidas entre os gestores federal, estadual e municipal. A definição destas competências é estabelecida mediante a Programação Pactuada Integrada, realizada anualmente entre nível federal e estadual e, deste, com o nível municipal. Para as ações que serão desenvolvidas pelos três níveis, são definidas metas que serão acompanhadas conjuntamente durante o ano em curso de execução. Para viabilização do cumprimento das metas, os recursos financeiros são repassados fundo a fundo, além da realização de supervisões, assessorias e capacitações, realizadas pelo nível federal ao nível estadual e, deste, ao nível municipal.

## Implementação

A execução financeira vem sendo contingenciada em função da disponibilização de recursos orçamentários em quantitativo inferior ao necessário para plena execução das ações. Como exemplo, destaca-se a restrição orçamentária para o Projeto Vigisus, com limitação de R\$ 70 mil previstos, o que tem requerido a suspensão de atividades anteriormente programadas. Para o ano de 2003, estima-se que haverá maior restrição orçamentária no âmbito do Projeto Vigisus, o que pode implicar menor execução de atividades.

Em relação ao exercício de 2002, os recursos financeiros liberados para o Programa foram considerados, em sua maioria, suficientes, e tiveram como base duas fontes orçamentárias principais: o orçamento próprio da União e o acordo de empréstimo com o Banco Mundial, dentro do Projeto Vigisus. Enquanto que para a primeira os recursos foram suficientes e liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação para a execução das atividades programadas. Para a fonte de recursos do Projeto Vigisus, houve contingenciamento e descontinuidade, o que gerou suspensão de atividades inicialmente previstas, como aquisição de computadores para descentralização dos sistemas de informação para os municípios e atividades de capacitação para técnicos dos estados e municípios.

Além da limitação acima, tem sido apontada insuficiência de recursos repassados fundo-a-fundo para estados e municípios, particularmente para contratação de pessoal. Parte importante das atividades desenvolvidas pelo Programa demandam um contingente de pessoal para execução de ações de prevenção e controle de doenças maior do que atualmente tem sido disponível.

Várias atividades, dentro do objeto de ação da Vigilância Epidemiológica, estão incluídas em outros programas, em geral sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Dentre as ações executadas por outro ministério, indica-se Estudos e Pesquisas de Biossegurança do Exército, que embora seja considerada importante, constitui relevância menor no conjunto das ações do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

As ações de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde são executadas prioritariamente pelos municípios e em caráter suplementar ou complementar, pelos estados, cabendo ao nível federal a coordenação do sistema, com competências bem definidas. Além da realização de supervisões, assessorias técnicas e treinamentos, o acompanhamento da execução física é desenvolvido mediante monitoramento de indicadores operacionais, previamente definidos, seja com a utilização de sistema de informação específico, seja com realização de reuniões com os níveis de gestão.

A atividade de capacitação de técnicos dos níveis estadual e municipal representa uma das principais estratégias para desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, visando obter como resultados a melhoria na qualidade das ações tradicionalmente desenvolvidas pelos níveis de gestão e a ampliação do escopo de atuação. Entretanto, as insuficiências de uma política de recursos humanos para a área de epidemiologia e controle de doenças, tem gerado uma intensa rotatividade de funcionários dos diversos níveis, o que tem exigido a continuidade de um processo de capacitação de forma permanente.

Em relação à capacitação das equipes responsáveis, as mesmas considerações feitas para o nível federal cabem para o nível estadual, com o agravante da referida insuficiência de pessoal técnico para coordenar, assessorar e avaliar os municípios na sua área de abrangência.

Com relação à adequação de infra-estrutura, recursos materiais e humanos disponíveis no Programa, tendo em vista sua suficiência e sua qualificação, para a implementação das ações do Programa, foram observadas no exercício de 2002 algumas limitações. Dentre estas, destacaram-se:

- Infra-estrutura inadequada: para a execução das ações do Programa faz-se necessário a ampliação e manutenção da capacidade operacional de sistemas de informação nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal).
- Quantidade inadequada de recursos humanos na equipe gerencial: a quantidade de recursos humanos para operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental é insuficiente, dada a complexidade e amplitude das ações coordenadas pelo Programa.
- Quantidade inadequada de recursos humanos nas equipes locais: a execução das ações requer quantidade de recursos humanos superior à existente, atualmente no nível local. Este tem sido um dos principais fatores limitantes para execução das ações conforme todos os diagnósticos já realizados pelos três níveis de gestão. Deve-se destacar também a contínua rotatividade de pessoal envolvido na execução de ações do Programa, em parte pela inexistência de plano de carreira para os profissionais de saúde pública.
- Insuficiente qualificação dos recursos humanos da equipe gerencial: a complexidade das ações do Programa e a necessidade de apoio técnico aos demais níveis de gestão, havendo ainda a necessidade de atuação em caráter suplementar ou complementar, implica na necessidade de técnicos com maior nível de qualificação que o existente.
- Insuficiente qualificação dos recursos humanos das equipes locais: também no nível local faz-se necessário a ampliação de pessoal com maior qualificação que a atualmente disponível, conforme diagnósticos já realizados pelo Ministério da Saúde.

Dentre as parcerias na execução das atividades, destacam-se os estados e municípios, cujo desempenho vem sendo objeto de avaliação anual, por parte da Funasa, a partir de metas estabelecidas conjuntamente. O desempenho dos estados e municípios é muito heterogêneo e tem variado ao longo dos anos, em geral na direção de uma melhor execução física das ações. Quanto aos municípios, existe maior insuficiência no desempenho, na medida em que o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças é relativamente recente. Outra parceria importante para o desenvolvimento das atividades pela Funasa, tem sido a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, que tem apoiado de forma significativa o desempenho das ações.

Destacam-se entre as parcerias formais: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Anvisa; e Fiocruz.

Ressalta-se que muitas ações do Programa são realizadas mediante a celebração de convênios com estados e municípios. Em 2002, detectou-se que houve interferência dos processos de contratos e convênios na implementação do Programa. Dentre as interferências observadas nos processos dos convênios destacaram-se: as licitações para construção, que têm se processado em um ritmo muito demorado, implicando a não conclusão de convênios por vários exercícios fiscais; e a lentidão da tramitação de convênios. No caso de alguns convênios, como os estabelecidos para construção de Centros de Controle de Zoonoses e obras de saneamento, têm apresentado atraso seja no processo licitatório, seja na tramitação da documentação, o que tem gerado o não cumprimento das metas estabelecidas anualmente para esta atividade específica, com conseqüente baixa execução financeira.

A participação da sociedade, bem como da satisfação do usuário se dá mediante as reuniões dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, com realização de reuniões regulares.

Visando o aperfeiçoamento dos mecanismos de supervisão foi desenvolvido um sistema para acompanhamento das ações executadas pelos níveis estadual e municipal. Entretanto, para um aprimoramento deste processo, o nível estadual vem requerendo uma ampliação da sua estrutura, com vistas a exercer o papel de coordenação, na medida em que a execução das ações ocorre prioritariamente no nível municipal. Neste particular, identifica-se a necessidade de definição de uma política de recursos humanos para o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Outro ponto de insuficiência, apontado pelos níveis estadual e municipal, diz respeito à insuficiência de recursos para desenvolvimento do conjunto de ações pelo nível municipal e, em caráter suplementar ou complementar, pelo nível estadual. Para este fim, propõe-se o desenvolvimento de estimativas de custos unitários de ações de epidemiologia e controle de doenças realizadas, conjuntamente pelos três níveis, para definição da suficiência dos valores repassados pelo nível federal.

Esta tentativa de aperfeiçoamento dos mecanismos de supervisão não conseguiu suprir, no exercício de 2002, a necessidade de informações decorrentes da execução das ações do Programa. Desta forma, não existem informações disponíveis na gerência sobre a avaliação de desempenho do repasse de recursos descentralizados, bem como sobre as ações executadas em outros ministérios. Também não houve informações disponíveis sobre desempenho físico das ações executadas em outras unidades administrativas.

## Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços

**Resultados** O Programa tem por objetivo garantir a qualidade dos produtos e serviços sujeitos à vigilância ofertados à população.

Em relação aos índices dos indicadores no período de 2000 a 2002, três dos cinco propostos inicialmente para avaliação do Programa foram considerados inadequados devido à impossibilidade de medição das taxas: Taxa de certificado de boas práticas de fabricação expedidos; Taxa de produtos fraudados ou impróprios para consumo encontrados no mercado e Taxa de serviços aprovados pela fiscalização. Foi solicitada a exclusão destes três indicadores.

Os indicadores: Prazo Médio para Concessão de Registro de Medicamentos Novos e Prazo Médio para Obtenção de Autorização de Funcionamento de Empresas Sujeitas à Vigilância Sanitária, foram medidos e atingiram os valores previstos.

Para a avaliação do Programa levou-se em consideração a utilização dos indicadores e metas propostos para acompanhamento e avaliação institucional do desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, pactuados no contrato de gestão assinado com o Ministério da Saúde. O contrato de gestão é o principal instrumento de avaliação do desempenho operacional e administrativo da autarquia, conforme dispõe o artigo 19 da Lei no 9.782, de 1999. O referido contrato visa o fomento e a execução de atividades na área de vigilância sanitária, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população brasileira. A Anvisa realiza relatórios semestrais e anuais com base em tal avaliação.

No período entre setembro de 1999 e dezembro de 2000, obteve-se índice médio de cumprimento das metas do contrato de gestão de 93,6%. Em 2001 obteve-se nível geral de desempenho da ordem de 70,37%. Os altos índices de cumprimento das metas permitem qualificar como muito bom o desempenho da Anvisa.

Na avaliação dos resultados em dezembro de 2002, as metas foram classificadas em três categorias: cumpridas, parcialmente cumpridas e não cumpridas. Para fins da avaliação, definiu-se meta parcialmente cumprida como aquela com cumprimento acima de 70%. A avaliação revela que a Anvisa cumpriu quinze metas, três metas foram cumpridas parcialmente e apenas duas não foram cumpridas. Estes números apontam para um nível geral de desempenho da ordem de 75%, índice superior ao do desempenho de 2001.

O Programa tem apresentado resultados satisfatórios na implementação de suas ações. O fato das ações serem descentralizadas para os estados e municípios muito tem facilitado a execução do Programa. No ano de 2002 foram atingidos os índices de cobertura de 156% para as ações de fiscalização de produtos e serviços. Vale salientar que para o cálculo do quarto trimestre, ainda não disponível, foi feita uma projeção dos dados, levando-se em consideração a média dos três primeiros trimestres do ano, resultando na média do 4º trimestre.

**Gerente:**

**Cláudio Maierovitch P. Henriques**

Na pactuação do contrato de gestão com o Ministério da Saúde para o exercício de 2002, foram estabelecidos vinte indicadores e metas, com prazo de execução até dezembro de 2002, apresentados a seguir:

- Processamento de excedente de plasma de qualidade - 100% do excedente processado;
- Tempo de resposta à solicitação de informação - Responder em 24 horas
- Percentual do número de acessos à Anvisa - Aumentar em 100% o número de acessos (base dezembro de 2001);
- Percentual de hospitais sentinela encaminhando notificações de eventos adversos nas áreas de fármaco, tecno e hemovigilância - 100% dos hospitais sentinela encaminhando notificações;
- Tempo de conclusão do processo de autorização de funcionamento de empresa de medicamentos, cosméticos e saneantes - Reduzir para trinta dias;
- Tempo de conclusão do processo de autorização de funcionamento de empresa de produtos para a saúde - Reduzir para vinte dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de cosméticos - Reduzir para 25 dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de saneantes risco II - Reduzir para 45 dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de medicamentos genéricos - Reduzir para trinta dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de similares - Reduzir para 90 dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de medicamentos novos - Reduzir para noventa dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de alimentos - Reduzir para vinte dias;
- Tempo de conclusão do processo de registro de produtos para a saúde - Reduzir para sessenta dias;
- Tempo de conclusão do processo de licença de importação - Reduzir para 24 horas;
- Avaliação toxicológica para o processo de registro de agrotóxicos - Avaliar em até 120 dias;
- Tempo de conclusão do processo de análise de patentes de produtos farmacêuticos - Reduzir para 120 dias;
- Atualização de banco de dados relativo ao mercado de produtos farmacêuticos - Manter 100% do banco de dados atualizado;
- Percentual de avaliação técnica das metas pactuadas nos Termos de Ajuste e Metas com os estados - 100% de avaliação técnica das metas pactuadas;
- Percentual de recursos financeiros da Anvisa transferidos aos estados para cumprimento dos Termos de Ajuste e Metas - 100% de transferência dos recursos alocados aos estados; e
- Percentual de realização de auditoria nos estados - 100% dos estados auditados;

Outros resultados relevantes no período 2000-2002 foram:

- Apoio aos estados e municípios no processo de descentralização das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, como forma de incentivar os gestores do SUS no aprimoramento e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Capacitação de recursos humanos em todos os níveis do sistema (federal, estadual e municipal);
- Fortalecimento da estrutura gerencial das coordenações estaduais de vigilância sanitária, mediante processo de incentivo técnico e financeiro, por intermédio do Termo de Ajuste e Metas assinado com estados e o Distrito Federal;
- Realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de analisar a situação da vigilância sanitária no País e propor estratégias para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Cumprimento das metas físicas, pelos estados e municípios, de fiscalização sanitária de produtos e serviços;
- Realização de auditorias para acompanhamento das atividades descentralizadas nos estados e DF;
- Melhoria do processo de gestão da Anvisa, com apoio de consultoria da Fundação de Desenvolvimento Gerencial - FDG, visando agilizar e aperfeiçoar os processos de trabalho da instituição;
- Aperfeiçoamento e implementação do sistema informatizado Datavisa, possibilitando melhoria no modelo de arrecadação e facilitando a relação com as empresas e usuários;
- Maior interação com a população, por intermédio da disponibilização de informações e serviços oferecidos pela internet;
- Maior interação com a população, por intermédio do trabalho da ouvidoria, área responsável pelo recebimento de solicitações, reclamações e denúncias.
- Regulamentação dos medicamentos genéricos;
- Criação do Centro Nacional de Monitoramento de Medicamentos, para monitorar o uso e os efeitos dos medicamentos comercializados no País;
- Regulamentação sobre propaganda de medicamentos;
- Manual do consumidor sobre rotulagem nutricional obrigatória;
- Desregulamentação na área de registro de produtos saneantes, cosméticos e alimentos;
- Monitoramento do risco sanitário nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância, através da implantação da rede de hospitais-sentinela;
- Formulário do fabricante ou importador de produtos médicos, com informações do fabricante, do produto e do distribuidor de produtos médicos; e
- Criação do sistema para cadastro de produtos derivados do tabaco.

Cabe ressaltar, que no âmbito da Anvisa, o impacto do Programa sobre o público-alvo se desenvolve nas ações de promoção e proteção da saúde que são realizadas por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Neste contexto, além da regulamentação e controle de produtos e serviços no mercado da saúde, as atividades visam influenciar o comportamento das pessoas e dos agentes econômicos, orientando hábitos de consumo de produtos e utilização de serviços, fornecendo informações sobre riscos decorrentes da utilização de produtos e serviços e realizando o controle de propaganda.

Como exemplo, a adoção de política de regulação econômica e de monitoramento do mercado farmacêutico, com reflexos no preço de medicamentos e no custo de tratamento de diversas doenças, gerando benefícios socioeconômicos à população, assim como a introdução de medicamentos genéricos no mercado, cuja comercialização é monitorada de forma a assegurar preços em média 40% inferiores aos dos medicamentos de referência.

No montante dos resultados obtidos pelo Programa, destacam-se como os principais resultados alcançados em 2002:

- O apoio aos estados e municípios no processo de descentralização das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, como forma de incentivar os gestores do SUS no aprimoramento e efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - o apoio técnico e o fortalecimento da estrutura gerencial das coordenações estaduais, facilitado pela assinatura do Termo de Ajuste e Metas, assinado entre a Anvisa e os estados, aparecem como pontos estratégicos para o fortalecimento das ações do Programa, como forma de aperfeiçoamento e garantia do desenvolvimento das atividades de vigilância sanitária nos estados e municípios.
- Capacitação de recursos humanos em todos os níveis do sistema (federal, estadual e municipal) - O objetivo maior da política de recursos humanos da Anvisa é o alcance do perfil desejado para a força de trabalho e a sua atuação de forma motivada e eficaz. A proposta de incentivo à capacitação técnica dos profissionais dos estados e municípios aparece como grande resultado nesta área.
- Crescente interação com a população, por intermédio da disponibilização de informações e serviços oferecidos pela internet e a maior interação com a população por intermédio do trabalho da ouvidoria, área responsável pelo recebimento de solicitações, reclamações e denúncias – sobre esses mecanismos de interação com a população, convém comentar a realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, que contou com a participação de todos os setores nacionais envolvidos com o tema vigilância sanitária, em especial os usuários, que puderam fazer sua avaliação da Política Nacional de Vigilância Sanitária, da atuação da Anvisa e das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais e sugerir proposições para a área. Por outro lado, a ouvidoria, unidade responsável por receber questionamentos, críticas, reclamações e denúncias da população, apresentou-se como órgão facilitador no encaminhamento e na cobrança de providências dentro da instituição quanto as reivindicações da população no cumprimento das ações de vigilância sanitária e na qualidade de produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário.

Os principais resultados esperados até 2003 foram pactuados entre a Anvisa e o Ministério da Saúde com base no Termo Aditivo do Contrato de Gestão, acima exposto, contendo os mesmos vinte indicadores e metas para cumprimento até dezembro de 2003.

## Concepção

A vigilância sanitária foi a primeira atividade do campo da saúde assumida institucionalmente pelo Estado Brasileiro, materializada no controle de embarcações e dos portos, no início do século XIX. Tal pioneirismo não se manteve em nossa história e uma dívida imensa nesse campo acumulou-se, tornando-se cada vez maior com o crescimento e a complexificação da economia, que nem sempre respeitou os limites da salubridade de produtos, processos e ambientes.

Conceitualmente, o campo de atuação da vigilância sanitária brasileira é principalmente a proteção da saúde, incluindo também ações de promoção. Assim, sua finalidade é proteger a saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Na organização federativa atual, um conjunto limitado de ações de vigilância sanitária é reservado à esfera federal, incluindo o registro de produtos, a autorização das empresas fabricantes, importadoras e distribuidoras, a certificação das mesmas quanto ao cumprimento de boas práticas e o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras. Excetuadas estas, todas as atividades têm como seu primeiro responsável o município, seguindo-se o estado e, só então, a União.

A forte tendência municipalista, neste contexto, justifica-se da mesma forma que para o conjunto do sistema de saúde, pela transparência potencial do poder local, a possibilidade de utilização mais racional de recursos, a integração de diferentes segmentos do Governo e da sociedade para a obtenção de resultados comuns e, sobretudo, o controle social mais efetivo.

A opção pela criação de um órgão novo, da administração indireta, foi formalizada na Lei nº 9.782, de 1999, que instituiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, integrante do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A Anvisa é uma autarquia sob regime especial e elevado grau de autonomia político-administrativa, conferida pelo mandato de seus dirigentes. É mantida com recursos do orçamento da União e de arrecadação própria, subordinando-se ao Ministério da Saúde por um contrato de gestão que estabelece um plano anual de metas, e às instâncias de decisão do SUS.

Ao lado da Anvisa, responsável pela maior parte das atividades de vigilância sanitária na esfera federal, estados e municípios contam com suas próprias estruturas. Na maior parte dos casos, são centros, departamentos ou coordenações específicas de vigilância sanitária; em outros, a área é agregada às de vigilância epidemiológica, de controle de zoonoses, saúde ambiental e/ou saúde do trabalhador. Cada ente da federação tem autonomia na definição de sua estrutura organizacional e de suas políticas administrativas.

Dentro deste contexto, o Programa **Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços** foi concebido com a finalidade de garantir o efetivo exercício da vigilância sanitária no País, por intermédio da integração das esferas federal, estadual e municipal.

A seguir, a relação entre as principais causas identificadas do problema que deu origem ao Programa e as ações existentes ou necessárias:

- Risco sanitário da população em decorrência da utilização de produtos sujeitos ao controle da vigilância sanitária => Fiscalização de Produtos e de Serviços sujeitos ao controle da vigilância sanitária.
- Risco sanitário na população em decorrência da utilização de serviços de saúde sujeitos ao controle da vigilância sanitária => Fiscalização de Produtos e de Serviços sujeitos ao controle da vigilância sanitária.

- Falta de recursos financeiros nos estados e municípios para a realização das ações de baixa complexidade de fiscalização sanitária => Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB para as ações de vigilância sanitária.
- Falta de recursos financeiros nos estados e municípios para a realização das ações de média e alta complexidade de fiscalização sanitária => Incentivo financeiro aos estados e municípios para realização das ações de média e alta complexidade por intermédio do Termo de Ajuste e Metas - TAM.

A pertinência das atuais ações, a suficiência das ações e das metas físicas do Programa serão objeto de análise em breve na Anvisa, com vistas a fornecer subsídios para a formulação do PPA 2004-2007. Vale salientar que foi solicitada a exclusão de três indicadores, pela necessidade de promover a convergência dos indicadores do PPA com os indicadores pactuados no contrato de gestão entre o Ministério da Saúde e a Anvisa.

Outras ações que impactam no resultado do Programa são:

- descentralização das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, buscando o aprimoramento e a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária,
- fortalecimento da estrutura gerencial das coordenações estaduais de vigilância sanitária, mediante processo de incentivo técnico e financeiro,
- capacitação de recursos humanos em todos os níveis do sistema (federal, estadual e municipal),
- desenvolvimento, implantação e gerenciamento de sistemas de informações
- monitoramento do risco sanitário nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância, através da implantação de uma rede de hospitais-sentinela.

Dentre os aperfeiçoamentos necessários à estratégia de implementação, destacam-se:

- Forma de articulação com as parcerias:

Realizada por meio de convênio e contratos e por intermédio do Termo de Ajuste e Metas assinado entre a Anvisa e os estados. Pressupõe-se a garantia de uma melhor forma de articulação com os parceiros estaduais e municipais para o desenvolvimento das ações do Programa. A avaliação constante do Termo de Ajuste e Metas apresenta-se como uma forma de acompanhamento dos executores (estados e municípios) das ações descentralizadas de vigilância sanitária.

Aspectos da estratégia de implementação que contribuíram para a obtenção dos principais resultados do Programa:

- Assinatura do contrato de gestão entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Assinatura dos termos de ajustes e metas entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os estados.
- Descentralização das ações de baixa complexidade de vigilância sanitária dos estados para os municípios.
- Repasse fundo-a-fundo para os municípios do Piso da Atenção Básica variável para as ações de baixa complexidade pelo cálculo *per capita*.

## Implementação

No período 2000-2001 a execução financeira do Programa alcançou o patamar de R\$ 228,6 milhões, representando 40% do valor previsto para a vigência do Plano. A alocação orçamentária/financeira para o triênio 2000-2002 atingiu, dessa forma, o patamar de 68% do valor inicialmente previsto. Considerando que a proposta orçamentária ora em tramitação do Congresso Nacional prevê dotações da ordem de R\$ 149,3 milhões, a alocação orçamentária/financeira no período de vigência do Plano representou 78% (ou R\$ 444,9 milhões) do valor inicialmente previsto (R\$ 570,7 milhões), ou seja uma diferença entre o planejado e o realizado de aproximadamente 10% e um ótimo nível de execução financeira.

Especificamente no exercício de 2002, a alocação dos recursos financeiros ao Programa foi adequada às reais necessidades de execução. Não obstante, as limitações para empenho, movimentação e pagamento impostas pelo decreto nº 4.120, de 2002 e a antecipação do encerramento do exercício financeiro pelo Decreto nº 4.479, de 2002 em função da transição governamental foram fatores que inviabilizaram a realização de algumas despesas e a utilização de 100% das dotações aprovadas. Todavia, estas limitações de recursos não prejudicaram o cumprimento de metas físicas que ficaram dentro do previsto.

Apesar disso, o Programa teve execução de R\$ 156,4 milhões ou 95% da dotação aprovada para o exercício no valor de R\$ 164,5 milhões, conforme dados do Siafi-Gerencial.

A Anvisa, levando em consideração o Programa Anual de Capacitação - PAC para 2001, realizou 262 eventos com um total de 1.072 participantes. No ano 2002 foram capacitados 460 profissionais, com exceção dos profissionais capacitados nos cursos de Especialização em Saúde Coletiva, que foram 152 – Áreas de Concentração em Vigilância Sanitária de Alimentos, Medicamentos, Serviços de Saúde, Portos, Aeroportos e Fronteiras, Administração Pública, Gestão de Pessoas, Regulação e Monitoramento.

A Anvisa apoiou a participação de profissionais em mestrados profissionais em Farmacologia Clínica e em Desenvolvimento Tecnológico e Controle de Qualidade de Produtos Farmacêuticos.

Foram capacitados noventa técnicos para processo de acompanhamento da proposta orçamentária.

Foi realizado o processo de modelagem do Sistema Integrado de Gestão de RH, com a finalidade de monitorar a função de desenvolvimento de recursos humanos na Anvisa.

No processo de formulação estratégica da Anvisa foram definidas duas ações estratégicas referentes à área de Recursos Humanos:

- Desenvolver e implantar programa de capacitação técnica e gerencial dos profissionais da rede de vigilância sanitária com foco em processos redesenhados e padronizados.
- Estabelecer cooperação técnica com instituições de ensino, pesquisa e de fomento à pesquisa.

Diante destes fatos, constatou-se que no exercício de 2002, os recursos materiais e a infra-estrutura são adequados para a implementação do Programa, bem como seus recursos humanos. Porém, uma deficiência detectada foi a falta de um sistema corporativo de informações. Neste ponto, cabe reforçar que a Anvisa,

executora do Programa em questão, ainda não possui sistema organizado de obtenção e seleção de informações. O sistema corporativo de informações da Anvisa está em construção. Tal é a sua importância para a eficácia das ações de vigilância sanitária nos três níveis de governo, que a construção do sistema foi definida como ação estratégica no processo de formulação estratégica da agência em 2002. A partir de 2003, já estará disponível um conjunto de módulos visando a integração informacional de todas as áreas-fim da Anvisa.

Na Anvisa, foram realizadas parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades e fundações de ensino, institutos de pesquisa, bibliotecas, organizações e serviços de saúde.

Parcerias com outros programas do plano plurianual 2000-2003. Eles são de responsabilidade da Anvisa ou participam de ações. São eles:

- Programa Prevenção do Controle das Infecções Hospitalares;
- Programa Vigilância Sanitária de Portos e Aeroportos;
- Programa Qualidade do Sangue;
- Programa Apoio Administrativo;
- Programa Previdência de Inativos e Pensionistas da União; e
- Programa Valorização do Servidor Público.

Sobre mecanismos permanentes de participação da sociedade, ressalta-se a realização em 2001, da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, que contou com a participação de todos os setores nacionais envolvidos com o tema vigilância sanitária, em especial os usuários, que puderam fazer sua avaliação da atuação da Anvisa e das VISA estaduais e propor os rumos da política de vigilância sanitária no País.

Um importante canal de comunicação com a população e o setor regulado, que está em funcionamento na Anvisa desde o ano 2000, é a ouvidoria, unidade responsável por receber, encaminhar e cobrar providências da instituição quanto a ações de vigilância sanitária e a qualidade de produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário. Em 2001, foram registradas 1.831 demandas de usuários, e até setembro de 2002 foram registradas 2.431 demandas. A Anvisa tem como meta responder aos usuários em até 24 horas.

A Anvisa dispõe de um conselho consultivo, órgão da participação institucionalizada da sociedade, composto por doze membros titulares representando órgãos governamentais e entidades da sociedade civil (setor regulado, comunidade científica, defesa do consumidor, conselho nacional de saúde, conselho nacional de secretários estaduais de saúde, conselho nacional dos secretários municipais de saúde). Ao conselho consultivo compete opinar sobre as propostas de políticas governamentais, apreciar e emitir pareceres sobre os relatórios anuais da diretoria colegiada da Anvisa, requerer informações e fazer proposições a respeito das atribuições legais da Anvisa.

A Anvisa já tem elaborado o instrumento de avaliação de satisfação do setor regulado, da população e do público denunciante junto à ouvidoria. A aplicação do primeiro questionário junto ao setor regulado acontecerá em novembro de 2002.

## Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras

**Resultados** O Programa tem por objetivo evitar a entrada e disseminação de doenças transmissíveis em portos, aeroportos e fronteiras e garantir a qualidade e segurança dos produtos para consumo.

Analisando o índice previsto para o único indicador do Programa, Taxa de Inspeção Sanitária Positiva, no período de 2000 a 2002, verifica-se um incremento do quantitativo de fiscalizações sanitárias realizadas ano após ano, superando as estimativas do Programa, que foram reavaliadas no ano de 2001.

A variação positiva do índice do indicador deveu-se aos seguintes resultados das ações:

### Resultados em 2000

- incremento na capacidade de resposta e detecção de fatores de risco sanitário, devido à capacitação da equipe gerencial, técnica e administrativa das Coordenações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras nos estados;
- diminuição do tempo médio de anuência nos processos de importação e exportação de produtos submetidos ao Sistema de Vigilância Sanitária, inicialmente previsto para 48 horas e reduzido para 24 horas;
- aprimoramento do sistema de informação nas ações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras.

### Resultados em 2001

- fortalecimento da estrutura gerencial, por meio da criação de unidades gestoras da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, em cada unidade da federação, para desconcentração das ações administrativas e financeiras de apoio às ações de vigilância sanitária;
- capacitação de 852 profissionais, representando 65% do total de profissionais de vigilância sanitária, nas áreas de Alimentos, Resíduos Sólidos, Controle de Vetores, Água de Lastro, Climatização de Ar Interior, Inglês, Espanhol, Francês de Legislações sobre Autorização de Funcionamento de Empresas e de Portos;
- implantação do Projeto de Estudo Exploratório para Identificação de Espécies Patogênicas em Águas de Lastro, em portos selecionados no Brasil e Guia Sanitário de Embarcações da Organização Mundial de Saúde - OMS;
- implantação do Projeto Piloto de Gestão Integrada no Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Portos, Aeroportos e Fronteiras - Impacto Sanitário Ambiental, em Recife (PE), com participação de instituições de pesquisas USP/IAPM/Universidade de Ilhéus;

**Gerente:**

**Daniel Lins Menucci**

-revisão do Regulamento Técnico dos Procedimentos de Vigilância Sanitária em Portos (RDC nº 217/2001);

-implantação da Autorização de Funcionamento de Empresas Prestadoras de Serviços em Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteiras e Recintos e Terminais Alfandegados;

- Realização de estudos para elaboração da proposta de revisão do Regulamento Sanitário Internacional e Guia Sanitário de Embarcações da Organização Mundial de Saúde - OMS e consolidação do Brasil como uma das referências internacionais nas ações de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, como um dos 35 países colaboradores da OMS neste processo de revisão das Normas Sanitárias Internacionais;
- Harmonização de normas e procedimentos específicos relacionados ao controle sanitário em portos, aeroportos e fronteiras, por meio da participação em fóruns internacionais permanentes, como a Comissão de Comércio do Mercosul, SGT nº 11 - Saúde do Mercosul, Organização Marítima Internacional - IMO/FAO;
- Aquisição de nove *trailers* para melhorar as condições de trabalho os postos de vigilância sanitária nas fronteiras.

#### Resultados em 2002

- Elaboração e publicação, em forma de consulta pública, do Regulamento Técnico dos Procedimentos de Vigilância Sanitária em Aeroportos (Consulta Pública nº 82/02) e do Regulamento Técnico para o Controle de Mercadorias Importadas (Consulta pública Anvisa 21/01);
- Elaboração e publicação dos regulamentos técnicos que definem as responsabilidades para com a autoridade sanitária das empresas prestadoras de serviços de interesse para a saúde pública (RDC Anvisa 345/02) e para as boas práticas de armazenagem de mercadorias sob vigilância sanitária nas áreas de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados (RDC Anvisa 346/02);
- Desconcentração administrativo-financeira das 26 Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras, existentes em cada UF, tornando-as unidades gestoras;
- Informatização e ligação em rede nacional das 27 Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras;
- Implementação de reformas de adequação e padronização das instalações físicas existentes nas sedes das Coordenações e respectivos postos de Vigilância Sanitária;
- Assinatura de convênio Marinha e Anvisa, para construção de sistema de intercâmbio de informação nas atividades de concessão de livre prática e inspeção e despacho de embarcações;
- Elaboração de proposta de Regulamento Técnico dos Procedimentos de Vigilância Sanitária em Fronteiras, em fase de discussão interna para consulta pública em 2003;
- Desenvolvimento de programas de supervisão, acompanhamento, avaliação e orientação das ações de vigilância sanitárias nos portos, aeroportos e fronteiras, e recintos alfandegados;
- Aquisição de oito *trailers* para abrigar as equipes de fiscalização e melhorar das condições de trabalho nas Fronteiras;
- Realização do Curso Internacional de Capacitação sobre Manipulação em Alimentos, objeto do Projeto Anvisa/OPAS - OMS, capacitando autoridades sanitárias da Tríplice Fronteira Brasil/Paraguai/Argentina;

- Elaboração e publicação de termo de referência para elaboração e análise de Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos - PGRS (RDC Nº 342 de 13/12/2002 - Anvisa) e definição de áreas de risco sanitário (Cólera) para as quais se exige classificar os resíduos como do tipo A, com vistas à segregação, acondicionamento, tratamento e destino final (RDC Nº 351 de 13/12/2002 - Anvisa);
- Vacinação de 158.854 pessoas contra febre amarela e emissão de 206.941 Certificados Internacionais de Vacinação - CIV realizados nas setenta salas de vacinação localizadas nos portos, aeroportos e fronteiras;
- Integração das 27 Coordenações de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras no Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD para execução de ações no combate ao mosquito transmissor da dengue em parcerias com os governos municipais.

Com relação a outras ações desenvolvidas no âmbito do Programa, destacam-se:

Quanto ao Projeto de Gestão Integrada no Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Portos, Aeroportos e Fronteiras - Impacto Sanitário Ambiental obteve-se os seguintes resultados em 2002:

- capacitação dos técnicos da Anvisa e da Infraero no Estado de Pernambuco, do Porto de Recife e demais seguimentos envolvidos;
- identificação dos tipos e volumes de resíduos sólidos gerados nas áreas onde foi implantado o Projeto Piloto (Aeroporto Internacional dos Guararapes, Porto e Estação Aduaneira de Interior - EADI de Recife, no Estado de Pernambuco);
- estabelecimento de parcerias com órgãos públicos e privados.

No Projeto de Estudo Exploratório para Identificação de Espécies Patogênicas em Águas de Lastro em Portos selecionados no Brasil, foram identificadas e caracterizadas espécies patogênicas em água de lastro nos estados do Pará, Ceará, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, com os seguintes resultados:

- Caracterização molecular de cepas de *vibrio cholerae* 01 e não 01 isoladas de água de lastro em portos brasileiros;
- Avaliação da eficiência da troca da água de lastro por meio de indicadores microbiológicos;
- Diagnóstico microbiológico de áreas de risco em seis Portos Brasileiros (Belém, Fortaleza, Suape, Sepetiba, Santos e Rio Grande);
- Treinamento piloto de técnicos de sete postos portuários, em análise rápida do plâncton presente na água de lastro.

Importante destacar ainda:

Implementação do sistema informatizado de gerenciamento de vacinação e emissão de certificados em rede nacional, que possibilita a emissão gratuita e imediata de certificados de vacinação aos viajantes vacinados nos postos da Anvisa nos últimos dez anos, nos principais portos, aeroportos e fronteiras em território nacional.

Há uma alta expectativa no alcance e até na superação dos índices previstos, considerando a evolução dos índices apresentados no período de 2000 a 2002 e o desenvolvimento/implementação das ações de vigilância sanitária previstas no Programa, tais como: cursos para capacitação de recursos humanos, elaboração/revisão dos instrumentos legais e fortalecimento do apoio logístico e de infra-estrutura, que favorecem a melhoria e modernização dos procedimentos de fiscalização sanitária em portos, aeroportos e fronteiras, apesar da significativa redução de registros e pedidos de anuência/licenças de importação no Siscomex, devido à situação econômica mundial e alta do dólar.

Não há necessidade de mudança do índice original para alcance em 2003.

Tendo em vista que o objetivo do Programa é evitar a entrada e disseminação de doenças transmissíveis em portos, aeroportos e fronteiras e garantir a qualidade e segurança dos produtos para consumo humano, por meio de fiscalização sanitária, e considerando que as fiscalizações previstas para o período 2000-2002 ultrapassaram a meta no decorrer dos anos, pode-se afirmar que o impacto sobre o público-alvo do Programa foi positivo, uma vez que houve diminuição do risco sanitário para a população e melhoria nas condições higiênico-sanitárias nas instalações dos portos, aeroportos, postos de fronteiras e terminais e recintos alfandegados.

Especificamente quanto ao cumprimento das metas físicas previstas para o exercício de 2002, vemos que a execução física do período superou o previsto. Esta variação deve-se à intensificação da realização de inspeções, inclusive com o uso de forças tarefas, realizadas para: suprir a carência de recursos humanos nos Postos de Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras nos estados; atender o aumento do fluxo de viajantes e meios de transportes em determinadas áreas de fronteiras; harmonizar os procedimentos de inspeção sanitária em alimentos nas fronteiras, realizado por meio de acordo bilateral Brasil (Anvisa) - Argentina (Anmat) e acordos do Mercosul referente ao funcionamento dos Centros Integrados de Fronteiras no Brasil, Paraguai e Argentina; continuar o Plano Anual de Capacitação - PAC da Anvisa; e melhorar a capacidade de recebimento de mercadorias importadas nos portos, aeroportos e fronteiras; aumentar as atividades de controle sanitário da infra-estrutura dos portos, aeroportos e fronteiras e do controle de vetores, especialmente o *Aedes aegypti*, com integração às metas previstas no Plano Nacional de Controle da Dengue - PNCD do Ministério da Saúde.

.....

Com a intensificação do comércio internacional, que vem aumentando ano após ano, o Brasil começou a fazer parte das rotas comerciais de outros países, o que intensificou o fluxo de aeronaves, embarcações e a circulação de viajantes e mercadorias dentro do País. Este fato ocasionou a necessidade de controle sanitário para se evitar a entrada de doenças transmissíveis e se criar condições de aceitação dos produtos brasileiros no mercado internacional, bem como a verificação da qualidade dos produtos importados pelo Brasil, de modo a dar equidade à vigilância sanitária dos produtos fabricados tanto em território nacional como internacional.

## Concepção

Ao longo do desenvolvimento do Programa **Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras**, verificou-se um melhor conhecimento dos atores envolvidos no processo de fiscalização sanitária, possibilitando o estabelecimento de normas e procedimentos de verificação da equidade de produtos e serviços para o consumo humano, bem como a prevenção da entrada de doenças transmissíveis por meio dos portos, aeroportos e fronteiras, de forma transparente, baseada na avaliação de risco sanitário e epidemiológico.

Para tanto, são realizadas ações de fiscalizações sanitárias nos portos, aeroportos, fronteiras e terminais alfandegados relacionadas ao deslocamento de viajantes e meios de transportes e vacinação de viajantes procedentes de áreas de risco sanitário, circulação de matérias-primas e produtos importados e exportados em áreas portuárias, aeroportuárias, estação e passagens de fronteiras e terminais alfandegados, prestação de serviços em meios de transportes e terminais de viajantes e de mercadorias, incluindo o controle de vetores.

Quanto aos aspectos do Programa que necessitam ser aperfeiçoados, tem-se:

- Caracterização do público-alvo: devem ser incluídas as comunidades portuária, aeroportuária, da área fronteiriça e terminais alfandegados e a sociedade em geral.
- Suficiência das ações: atualmente está sendo desenvolvido um estudo para o desmembramento da ação do Programa, direcionando-a para as áreas específicas de atuação. O quantitativo de ações é suficiente, até o momento, para o atingimento do objetivo do Programa. As atividades ligadas a essa ação crescem ano a ano, na medida em que são implementadas em cada área específica os novos instrumentos que normatizam e direcionam essas atividades, bem como na medida que as autoridades sanitárias adquirem novos conhecimentos através dos processos de capacitação e atualizam os conhecimentos já adquiridos.
- Suficiência das metas físicas: a partir da revisão dos instrumentos técnico-normativos e de reestruturação administrativo-gerencial, serão revistas e quantificadas as metas físicas e seus indicadores, de forma a atender o conjunto das ações, de acordo com o objetivo que se pretende atingir naquelas áreas de atuação e harmonizadas com outros Programas da Anvisa e do SUS.
- Adequação do indicador: em relação ao indicador do Programa Taxa de inspeção sanitária positiva, considera-se que possa ser mais específico, por área de atuação (portos, aeroportos e fronteiras), ou mesmo de grupo de risco, para uma melhor compreensão e acompanhamento das atividades efetivamente realizadas e do crescimento no percentual em cada área, de acordo com suas características. Estudos nesse sentido estão sendo desenvolvidos na Anvisa e dentro de um plano de gerenciamento estratégico.

Em relação aos aspectos da estratégia de implementação que precisam ser aperfeiçoados, destacam-se:

- Forma de articulação com outras unidades do Ministério: existe a necessidade de aprimoramento da integração operacional na avaliação e aprovação de planos de gerenciamento de resíduos sólidos nas áreas de portos, aeroporto e fronteiras, bem como na harmonização de elaboração de instrumentos legais que envolvam ações de vários ministérios, evitando-se conflitos de competência e buscando a agilização e a efetividade das ações em relação ao público-alvo.
- Forma de articulação com outros ministérios: existem iniciativas para integração e cooperação técnica com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, no tocante às inspeções de produtos importados sujeitos a anuência de ambos os órgãos, visando agilização dos processos e maior efetividade. Primeiros contatos já foram mantidos com o Ministério da Justiça/ Departamento de Polícia Federal, com vistas à integração de sistemas de informação de imigração e controle sanitário de viajantes. Destacam-se os

projetos elaborados em conjunto com outras Instituições, tais como: Programa Global de Água de Lastro, Gestão Integrada no Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Portos, Aeroportos e Fronteiras, Sistema de Informação sobre Embarcações em parceria com o Ministério da Defesa - Comando da Marinha.

- Outros: comprometimento e participação efetiva dos servidores nas ações do Programa.

Os aspectos que mais contribuíram para o alcance dos resultados foram:

- aprimoramento do sistema de informação nas ações de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- diminuição do tempo médio de anuência nos processos de importação e exportação de produtos submetidos ao Sistema de Vigilância Sanitária;
- capacitação de recursos humanos;
- implantação de Regulamentos Técnicos dos Procedimentos de Vigilância Sanitária; e
- descentralização orçamentário/financeira.

.....  
A execução financeira no período 2000-2002 atendeu às demandas do Programa e a previsão para 2003 é de que haja continuidade das ações iniciadas, tais como:

## Implementação

- capacitação de recursos humanos;
- adaptação de unidades físicas nas coordenações e postos de vigilância sanitária;
- aquisição de bens móveis, como: equipamentos de informática, mobiliário e veículos; e implementação dos novos regulamentos.

No tocante à execução financeira do ano de 2002, cabe ressaltar que os recursos foram suficientes para o exercício e o nível de execução razoável. Do montante liberado, apenas 11% não foi executado, tendo em vista o limite estabelecido no Decreto 4.120/2002. Houve descontinuidade no fluxo de recursos liberados no final do exercício de 2002, havendo interrupção das atividades programadas, mas esse fato não causou nenhum prejuízo de vulto à execução das atividades. Entretanto, em alguns momentos, a incerteza de liberação orçamentária causou um pouco de insegurança nos coordenadores em alguns estados, uma vez que a realização de fiscalizações em força tarefa depende de pagamento de diárias para o deslocamento de servidores a postos de vigilância onde não existem servidores ali lotados.

Entre o período de 2000 a 2002 alguns fatores favoreceram a obtenção dos resultados:

- capacitação da equipe gerencial, técnica e administrativa das coordenações de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras nos estados;
- realização de forças-tarefa, ou seja, deslocamento de autoridades sanitárias para áreas onde o fluxo de meios de transportes, viajantes e produtos são intensos;
- desenvolvimento de sistema informatizado mais preciso para os registros estatísticos das atividades do Programa;

- implantação de novos postos de fiscalização sanitária em portos, aeroportos e fronteiras.

Todos esses fatores implicaram no aumento da capacidade técnica dos recursos humanos, no aumento do número de registros decorrentes de fiscalizações sanitárias, possibilitando maior fidedignidade do sistema, bem como diminuição do tempo de realização dessas fiscalizações, retratando melhor a realidade da ação do Programa.

Outros fatores que influenciaram na variação dos índices foram o aumento das importações e o aumento do tráfego de viajantes e de meios de transportes no País.

Os programas de capacitação realizados, tanto nos aspectos qualitativos quanto quantitativos, proporcionaram condições administrativas, técnicas e gerenciais para implementação do Programa, promovendo o conhecimento de novas legislações específicas, aplicação dessas normas em serviço, bem como atualização dos processos de trabalho. Tudo isto interferiu positivamente no desempenho das ações. A proposição é que sejam continuamente proporcionadas novas capacitações, treinamentos e atualizações para todos os servidores, a partir da necessidade indicada, por eles, no Plano de Capacitação Individual, quando das avaliações de desenvolvimento, que acontecem anualmente.

Porém, mesmo levando-se em consideração os esforços realizados no âmbito do Programa, algumas deficiências foram observadas na sua implementação no exercício de 2002. Estas deficiências foram:

- Recursos materiais insuficientes e infra-estrutura inadequada: devido à extensa área de atuação nos portos, aeroportos e fronteiras, a gerência do Programa vem desenvolvendo junto as coordenações de vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras um projeto de melhoria de infra-estrutura, por meio da reforma e adequação das instalações físicas e de abastecimento de recursos materiais, com previsão de conclusão no final de 2003.
- Quantidade inadequada de recursos humanos nas equipes locais: a quantidade de recursos humanos é insuficiente para atender à demanda na amplitude existente, e com previsão de diminuição gradativa do quadro, tendo em vista aposentadorias previstas, que requer substituição da força de trabalho. O impacto maior desta deficiência se faz presente na execução das ações de fiscalização sanitária em portos, aeroportos e fronteiras do País.
- Insuficiente qualificação dos recursos humanos das equipes locais: se faz necessária a capacitação continuada dos recursos humanos.
- Também no exercício de 2002, observou-se restrições que dificultaram a execução do Programa. Um dos principais obstáculos foi no tocante aos contratos, convênios e licitações. A demora nos trâmites para contratação de serviços de terceiros, necessários para o desenvolvimento das ações do programas, ocasionou problemas de solução na continuidade e implementação dos trabalhos.
- Foram desenvolvidas parcerias significativas com a representação da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS e da Organização Mundial de Saúde - OMS no Brasil, possibilitando o incremento de cooperação técnica, inclusive na realização de capacitação e participação em reuniões internacionais, consolidando a posição do Brasil como referência internacional nos assuntos de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, e maior participação na discussão da revisão do Regulamento Sanitário Internacional e demais instrumentos de orientação técnica da OMS em processo de revisão, tais como o Guia Sanitário para Embarcações e o Guia Sanitário para Aeronaves.

Como principais parceiros, destacam-se: Departamento de Portos e Costa/ Marinha do Brasil, Instituto de Estudos do Mar Almirante Paulo Moreira / Marinha do Brasil, Organização Pan-americana de Saúde - OPAS/OMS, Fundação Nacional de Saúde/MS, Itaipu Binacional, estados partes do Mercosul, Ibama/MMA, Fiocruz/MS, Ministério da Agricultura, Receita Federal/MF, estados e municípios.

Existem parcerias com outros programas do PPA, tais como: Programa do Sangue e Hemoderivados e Programa de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços.

Com relação a mecanismos de participação da sociedade: a Anvisa conta com a ouvidoria e o conselho consultivo que têm atribuições regimentais que possibilitam uma maior participação da sociedade nas ações de vigilância sanitária, no desempenho da Anvisa e deste Programa. Dispõe ainda de um *site* na internet, com espaço específico para as ações nesta área.

A satisfação do público-alvo pode ser apurada por meio das seguintes medidas:

- Pela pouca procura à ouvidoria (do total das demandas encaminhadas para a área de portos, aeroportos e fronteiras, apenas 2,110% referiram-se ao Programa **Vigilância Sanitária em Portos, Aeroportos e Fronteiras**, sendo até o momento respondidas 90%), bem como pelo número de visitas ao *site* da Anvisa, na seção de portos, aeroportos e fronteiras.
- O Projeto Piloto de Controle da Qualidade dos Serviços está sendo desenvolvido na Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras no Estado de Santa Catarina, com possibilidade de expansão para todas as 26 coordenações nas demais unidades da Federação.
- Pesquisas realizadas pelas comissões locais do Prohage nos portos brasileiros também têm fornecido indicadores satisfatórios de satisfação dos usuários/beneficiários.
- Nos aeroportos brasileiros a Embratur realizou pesquisas anuais sobre facilidades existentes, que contemplam as ações de vigilância sanitária.