



Ministério da Saúde

# **Prevenção e Controle das Doenças não Transmissíveis no Brasil**

**Série B. Textos Básicos de Saúde**

Brasília-DF  
— 2002



**Ministério da Saúde**

# **Prevenção e Controle das Doenças não Transmissíveis no Brasil**

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF  
2002

© 2002. Ministério da Saúde do Brasil.  
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 5º andar  
CEP: 70058-900 - Brasília, DF, Brasil  
Telefones: 61 - 315 2392 - 315 2393 - Fax: 61 - 226 25777

**Tiragem:** 7.000 exemplares

**Ministro de Estado da Saúde**

Barjas Negri

**Chefe do Gabinete do Ministro**

Silvandira Paiva Fernandes

**Secretário Executivo**

Otávio Azevedo Mercadante

**Secretário de Políticas de Saúde**

Cláudio Duarte da Fonseca

**Secretário de Assistência em Saúde**

Renilson Rehem de Souza

**Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde**

Gabriel Ferrato

**Presidente da Fundação Nacional de Saúde**

Mauro Ricardo Machado da Costa

**Presidente da Fundação Oswaldo Cruz**

Paulo Marchiori Buss

**Presidente do Instituto Nacional do Câncer**

Jacob Kligerman

**Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**

Gonzalo Vecina Neto

**Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar**

Januário Montone

**Equipe de elaboração:**

Antonio Henrique Pedrosa Neto

Aristel Gomes Bordini Fagundes

Fábio Gomes

Ivano Marchesi

José Marcos Nogueira Viana

Walter Zoss

**A elaboração deste documento contou com a cooperação da  
Organização Pan-Americana da Saúde.**

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde.

Prevenção e controle das doenças não transmissíveis no Brasil / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

36 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0619-3

1. Política de Saúde – Brasil. 2. Saúde Pública. 3. Doença Crônica. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série.

---

NLM WA 540 DB8

Catalogação na fonte – Editora MS

## APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento este documento, uma síntese de algumas medidas em curso no Brasil no âmbito da saúde e, em particular, no tocante às doenças não transmissíveis. Com esse documento, o Brasil manifestou formalmente à Organização Mundial da Saúde a intenção de sediar, em 2003, a 3ª Reunião do Fórum Global para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis iniciativa da mais alta relevância da OMS. A magnitude desses problemas requer, sem dúvida, a análise e o intercâmbio de informações decorrentes das experiências dos diversos países. O Brasil considera que o Fórum Global configura estratégia oportuna e singular para tal.

O Brasil ocupa um extenso território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e conta com uma população de cerca de 170 milhões de habitantes. Do ponto de vista sanitário, defronta-se atualmente com uma polarização epidemiológica, caracterizada pelo crescimento da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis associado à persistência de prevalência elevada de algumas doenças infecciosas, como tuberculose e malária. Isso vem representando um grande desafio para o sistema de saúde do País, ainda em processo de reforma.

A Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, definiu a saúde como um direito de todos e estabeleceu os princípios e as diretrizes que devem nortear o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS –, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Essa conformação do sistema de saúde brasileiro é, portanto, relativamente jovem e tem como características a repartição horizontal das atribuições das diferentes esferas de governo e a ampla participação comunitária. Atualmente, um grande esforço está sendo empreendido para a reorganização da atenção à saúde, sobretudo aquela prestada no nível básico, tendo em conta a sua capacidade resolutiva de grande parte dos problemas de saúde da população.

É nesse contexto bastante favorável, em que estão disponíveis condições e meios adequados, que o Brasil vem adotando medidas importantes para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis. Tais medidas estão traduzidas em planos, projetos e programas específicos que têm possibilitado avanços significativos, a despeito dos desafios ainda existentes.

Algumas dessas ações vem mesmo se constituindo como modelo para outros países, a partir do reconhecimento da Organização Mundial da Saúde, como no caso do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Ainda no nível internacional, o Brasil participa ativamente de eventos relacionados a essa área. Vale destacar que é de iniciativa brasileira a resolução WHA55.23 de 2002 da Organização Mundial da Saúde, relativa a "Dieta, Atividade Física e Saúde".

Ao tornar disponível este documento, o Ministério da Saúde espera que as informações aqui contidas possam contribuir para o aperfeiçoamento das ações em desenvolvimento, bem como para a identificação de outras eventuais medidas que favoreçam a oportuna prevenção e a agilização do controle dessas doenças no Brasil.

Barjas Negri  
Ministro de Estado da Saúde

# ***Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil***

## **Sumário**

<i>I. Introdução.....</i>	<i>7</i>
<i>II. O Brasil em Síntese.....</i>	<i>8</i>
<i>III. O Sistema Único de Saúde – SUS.....</i>	<i>10</i>
<i>IV. Vigilância e Monitoramento.....</i>	<i>14</i>
<i>V. Promoção da Saúde.....</i>	<i>19</i>
<i>VI. Organização da Atenção Básica.....</i>	<i>25</i>
<i>VII. Organização da Atenção Especializada.....</i>	<i>32</i>
<i>VIII. Participação e Controle Sociais.....</i>	<i>36</i>



# ***Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis no Brasil***

## ***I. Introdução***

No despertar do século XXI, mais evidentes e intensos têm se mostrado os processos de transição demográfica e polarização epidemiológica no Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo na maioria dos países das Américas. No primeiro caso, as grandes reduções das taxas de natalidade, fertilidade e mortalidade geral e o aumento significativo da esperança de vida ao nascer levaram a um crescimento sem paralelo da proporção de idosos. No segundo, tornou-se mais clara e expressiva a ocorrência simultânea, e em quase igual importância, de doenças transmissíveis e não transmissíveis no perfil de morbimortalidade da população.

Estratégias e ações de prevenção e combate às doenças transmissíveis (DNT) foram desenvolvidas no país ao longo de quase um século, sendo mantidas, reforçadas ou reformuladas com base no acúmulo de experiências, quer nos sucessos alcançados e erros cometidos, quer na emergência de novos desafios. A abordagem das doenças não transmissíveis, por outro lado, vem exigindo, de instituições e profissionais do setor, um esforço criativo na proposição de ações e na busca de iniciativas bem sucedidas, no nível local e em outros países, que possam ser integradas ao sistema de saúde brasileiro de forma eficaz, respeitando ainda as peculiaridades das diversas regiões do país e a capacidade de gasto do Estado.

A perspectiva da continuidade e mesmo intensificação do processo de "envelhecimento" da população e, conseqüentemente, da tendência ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas tornam oportuna a troca de saberes e experiências relativos a sua abordagem. Para tanto, importa conhecer a especificidade dos contextos em que foram propostas e implementadas as diferentes linhas de ação.

Em julho de 2002, foi realizada uma reunião de trabalho no



Brasil, em cooperação com a Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, com o objetivo de discutir linhas estratégicas para prevenção e controle das DNT, a partir do enfoque da estratégia Carmen (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis). Como consequência dessa reunião, foi publicada uma portaria constituindo uma Comissão Nacional permanente com a finalidade de avaliar e definir diretrizes políticas voltadas à promoção da saúde, prevenção e controle dessas enfermidades. Essa comissão é integrada por representantes de cada uma das áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde. O texto a seguir, outro subproduto da reunião, apresenta de forma sumária algumas das características do Brasil e do seu Sistema Único de Saúde, bem como as políticas e atividades desenvolvidas na área de prevenção e controle dessas doenças.

## ***II. O Brasil em Síntese***

O Brasil é, tanto em área quanto em população, o maior país da América do Sul e o quinto maior país do mundo (Quadro 1). Com mais de 7.000 km de extensão costeira voltada para o Oceano Atlântico, o Brasil faz fronteira com outros dez países. Aproximadamente 80% da população vive a menos de 400 km da costa, onde se localizam as maiores cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo por exemplo. O interior do país tem, no geral, cidades menores, baixa densidade demográfica e pouca estrutura vária. No que se refere ao contexto social e embora persistam grandes desigualdades, o Brasil vem apresentando rápidos progressos nos últimos anos. Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2002 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, o Brasil classifica-se entre os países de médio desenvolvimento humano, ocupando, em 2000, a 73<sup>a</sup> posição na classificação geral de 174 países estudados, com um Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de 0,757. No Relatório de 2000, relativo a 1998, ele ocupava a 74<sup>a</sup> posição, com um IDH de 0,737, enquanto no Relatório relativo ao ano de 1997, obteve o posto 79<sup>o</sup> no ranking.

Quadro 1 – Brasil em Dados (ano 2000)

<b>Informações Gerais</b>					
<b>Capital:</b> Brasília		<b>Língua Oficial:</b> Português			
<b>Área:</b> 8.514.215 km <sup>2</sup>		<b>População:</b> 169.799.170 habitantes <sup>(1)</sup>			
<b>Distribuição da População:</b> 81,25% urbana, 18,75% rural <sup>(1)</sup>					
<b>Moeda:</b> Real (R\$)		<b>Forma de Governo:</b> República Federativa			
<b>PIB per capita:</b> US\$ 3.492,63 <sup>(2)</sup>		<b>Chefe de Estado:</b> Presidente da República			
<b>Divisões Políticas:</b> 26 estados, subdivididos em 5.560 Municípios, e 1 Distrito Federal					
<b>Composição Racial:</b> 54% descendentes de europeus (brancos); 5,4% descendentes de africanos (negros); 39,9% mestiços, descendentes de europeus, africanos e indígenas (pardos); e 0,7% de indígenas e outros. <sup>(1)</sup>					
<b>Diferenças Regionais</b>					
<b>Regiões</b>	<b>Densidade Demográfica (hab. p/km<sup>2</sup>)</b>	<b>Residentes em Área Urbana (%)</b>	<b>PIB per capita (US\$) (1e<sup>2</sup>)</b>	<b>Proporção de Pobres (1e<sup>3</sup>)</b>	<b>Analfabetismo (≥ 15 anos)<sup>(1)</sup></b>
Norte	3,33	69,87	2.056,00	30,79 %	16,34 %
Nordeste	30,58	69,07	1.625,00	47,10 %	26,20 %
Sudoeste	78,09	90,52	4.771,00	14,18 %	8,13 %
Sul	43,50	80,94	4.184,00	17,62 %	7,66 %
Centro-Oeste	7,22	86,73	3.297,00	20,98 %	10,76 %
<b>Indicadores Gerais</b>					
<b>Indicador</b>			<b>1950</b>	<b>2000</b>	
<b>Mortalidade por Doenças Transmissíveis (p/100.000 hab)</b>			3.700	5,3	
<b>Mortalidade Infantil (p/1.000 nascidos vivos) <sup>(3)</sup></b>			135	29,6	
<b>Espectativa de Vida ao Nascer (anos)</b>			45,7	69	

<sup>(1)</sup> Brasil, IBGE, Censo 2000; <sup>(2)</sup> Brasil, Presidência da República, 2000;

<sup>(3)</sup> Brasil, IBGE, PNAD 1999; <sup>(\*3)</sup> Brasil, IBGE, Celso Simões

A subdivisão do território nacional em estados e dos estados em municípios, cada um deles com estruturas política, fiscal e administrativa próprias e autônomas, permite um melhor manejo da diversidade cultural e de especificidade de qualquer outra natureza. Vale destacar que a população e o quantitativo de municípios em cada estado são extremamente variáveis. Como exemplo, no ano 2000, o Estado de Roraima possuía apenas 15 municípios e 324 mil habitantes, enquanto o Estado de Minas Gerais possuía 853 municípios e o Município de São Paulo sozinho contava com 10,5 milhões de habitantes.

Apesar disso, as prerrogativas e responsabilidades dos estados e municípios não dependem de seu tamanho ou poderio econômico. Conforme o disposto na Constituição Federal de 1988, em vigência, cada uma das esferas de governo tem tanto encargos privativos quanto encargos concorrentes, que se configuram como responsabilidades compartilhadas com as demais. Cada uma das esferas de governo - União, estados e municípios - dispõe, para o exercício de sua competência, de três poderes - Legislativo, Executivo e Judiciário -, harmônicos e independentes entre si.

O modelo de proteção social vigente foi também definido pela Constituição de 1988, tendo sido adotado o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social. Essas ações são financiadas, no âmbito da ação estatal, com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais - dos empregadores, dos trabalhadores e a incidente sobre a receita de concursos de prognósticos. Nesse instrumento legal foram estabelecidas, ainda, as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde.

### ***III. O Sistema Único de Saúde - SUS***

Antes da implantação do Sistema Único de Saúde, o Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde atuavam essencialmente na área de prevenção de doenças, de abrangência universal, utilizando-se de programas verticais e campanhas de vacinação e de controle de endemias. Por sua vez, a possibilidade

de acesso da população a serviços de assistência médica dividia os brasileiros em três grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços médicos; os trabalhadores segurados com acesso à rede assistencial da Previdência Social; e a população rural e indigente, sem qualquer direito explícito e pouco ou nenhum acesso a cuidados médicos individuais.

Após sucessivos movimentos setoriais que visavam a mudança desse modelo de atenção, a Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como "um direito de todos e um dever do Estado" e como integrante da recém criada Seguridade Social. Estabeleceu também as principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, ao determinar a construção de um novo sistema de saúde que fosse, simultaneamente,

- (i) universal, permitindo o acesso irrestrito de toda a população;
- (ii) descentralizado, de forma a viabilizar melhores planejamento, gestão, avaliação e controle;
- (iii) com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, permitindo mecanismos de integração e sistemas de referência;
- (iv) integral, oferecendo todos os tipos de serviços, voltados a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação;
- (v) com gestão única em cada esfera de governo; e
- (vi) com participação e controle da comunidade.

A transição de um modelo de organização para o outro não aconteceu de imediato, a não ser no concernente ao direito universal à saúde. Em virtude do tamanho do território e da necessidade de manter operantes os serviços existentes, ao mesmo tempo em que sua lógica de funcionamento era alterada, foi adotada uma política de aproximações sucessivas, permitindo a adequação do instrumental jurídico e operacional, bem como a capacitação de administradores e profissionais do setor. Foram criadas instâncias de negociação entre os gestores das três esferas de governo — as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) — e de participação, avaliação e controle da população — os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. As definições sistêmicas

aprovadas nessas instâncias vêm sendo traduzidas em Normas Operacionais<sup>1</sup> emitidas pelo Ministério da Saúde, válidas para todo o país, que regulam a organização do setor; as relações entre as Unidades da Federação, aí incluídos os mecanismos de transferência de recursos; e a relação entre gestores, provedores e usuários dos serviços.

Catorze anos após a promulgação da Constituição, pode-se dizer que a execução de ações de saúde coletiva e a administração das redes públicas de estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares estão amplamente descentralizadas e unificadas sob a gestão dos municípios e / ou dos estados, conforme sua capacidade técnica e o nível de complexidade envolvido. Além disso, o acesso da população à atenção básica foi bastante ampliado, graças à implementação da estratégia designada como Saúde da Família.

O repasse de recursos financeiros para a execução de todas essas ações vem sendo realizado através de transferências mensais diretas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, no montante definido para cada um. Residualmente, algumas ações e serviços são ainda remunerados diretamente pelo Ministério da Saúde. Os estados e municípios vêm também aplicando volumes crescentes de seus recursos financeiros próprios no setor saúde, tendo sido definido que, até o ano de 2004, tais montantes sejam equivalentes a no mínimo 12% do total arrecadado pelos estados e 15% do total arrecadado pelos municípios e pelo Distrito Federal (Emenda Constitucional n° 29 de 2000).

Atualmente, os maiores esforços dos gestores das três esferas de governo estão concentrados em dois aspectos, no que se refere à estruturação sistêmica do setor:

- (i) imprimir maior capacidade de resolução dos problemas mais comuns da população à rede de atenção básica, aí incluídas as unidades de Saúde da Família, através da instrumentalização e capacitação dessa rede e do fornecimento gratuito de medicamentos considerados básicos e/ou essenciais; e

---

<sup>1</sup> Encontra-se ainda em vigência a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB/SUS 01/96), embora amplamente alterada pela Portaria MS n° 1399 de 1999, relativa à área de Epidemiologia e Controle de Doenças, e pela Norma Operacional da Assistência a Saúde n° 01 de 2002 (NOAS 01/2002).

- (ii) ampliar e garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção, o que vem envolvendo a estruturação de redes regionalizadas de serviços que abrangem em muitos casos o território de mais de um município e mesmo de mais de um estado. Os diferentes aspectos desses processos estão claramente explicitados na Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01 de 2002 – NOAS 01/2002.

Da mesma forma que no concernente à estruturação sistêmica, encontra-se em processo de desenvolvimento a adequação institucional do Ministério e Secretarias de Saúde às novas funções. Assim é que, no Ministério da Saúde, as áreas técnicas responsáveis pela proposição e avaliação de políticas relacionadas à promoção da saúde, diabetes, hipertensão e assistência farmacêutica são subordinadas à Secretaria de Políticas; câncer, acidentes e violência e saúde mental à Secretaria de Assistência de Saúde; a vigilância epidemiológica dessas e outras condições mórbidas estão a cargo do Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI; e a regulamentação e o controle de produtos e serviços de saúde estão sob a responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Esse quadro é reproduzido com grande frequência pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Isso se deve em grande parte à dificuldade de concepção de uma estrutura administrativa que seja capaz de incorporar conhecimentos e técnicas específicos relacionados às diversas doenças e agravos e, ao mesmo tempo, regulamentar o funcionamento de uma rede única de serviços que possa contemplar todos esses procedimentos em sua operacionalização. Se por um lado tal situação pode dificultar a perfeita coordenação de iniciativas e atividades no âmbito da instituição, por outro, promove um maior envolvimento e compromisso de todas essas áreas com tais políticas, tidas como prioritárias. Além disso, a integração dessas ações acaba por acontecer na rede de serviços do nível local, responsável por sua implementação efetiva.

Vale ressaltar que o caminho percorrido pelo sistema público de saúde no Brasil vem levando a uma aproximação do seu objetivo, no que se refere às doenças não transmissíveis, qual seja a sua

abordagem em uma perspectiva sistêmica ampla, mas coesa, de forma tal que as estratégias propostas para a sua prevenção e controle funcionem como uma ponte entre as políticas definidas, as atividades de base comunitária e as respostas dos serviços de saúde às necessidades individuais. Também é buscada a integração entre as ações de promoção, prevenção e controle sempre que possível, e até mesmo sua realização simultânea, de maneira a torná-las mais custo-efetivas e sustentáveis.

A seguir estão descritas as principais linhas de atuação setorial e, no contexto dos diversos níveis de atenção, a abordagem das doenças e agravos não transmissíveis no Brasil.

#### ***IV. Vigilância e Monitoramento***

O chamado "estilo de vida moderno", a que todos estão sujeitos, é o grande fator de risco à saúde. Os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e o tabagismo compõem as principais causas para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Embora o grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) seja muito abrangente, as doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas do coração, doenças cérebros-vasculares e hipertensão), as chamadas crônico-degenerativas (câncer, diabetes, doenças renais e reumáticas, etc.), os agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental são reconhecidos como os mais prevalentes no Brasil, contribuindo sobremaneira na carga global de doenças do país.

A relevância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) pode ser demonstrada por meio do sistema de informações sobre mortalidade (SIM), que registrou um total de 946.932 óbitos no ano 2000. Entre os óbitos com causas definidas, 32% foram devidos a doenças do aparelho circulatório, 15% a neoplasias, 14,5% a causas externas, 11% a doenças do aparelho respiratório e 5,5% a doenças infecciosas e parasitárias. As ações de vigilância epidemiológica e monitoramento da morbimortalidade e do comportamento da população frente aos fatores de risco para DANT

se colocam como uma prioridade atual para o Sistema Único de Saúde, pois possibilitam a obtenção das informações que conformam as bases de evidências para desencadeamento de ações que minimizem tais impactos e contribuam no sentido da promoção da saúde.

Na instrução normativa que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância das DANT, publicada pelo Ministério da Saúde, foram definidos como pertinentes a esse campo de atuação, nesse momento, (a) os fatores de risco dessas doenças, quais sejam sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, hábitos alimentares irregulares, obesidade, hipertensão arterial e os decorrentes de atividades ocupacionais; e (b) morbimortalidade por doenças cérebro e cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer, doenças mentais e agravos decorrentes das causas externas. Como estratégias de monitoramento estão previstas e/ou em desenvolvimento a realização de inquéritos e pesquisas, bem como a utilização de dados secundários, provenientes de sistemas de informação existentes dedicados primariamente a outras finalidades.

Outra vertente de estratégias para implementação da vigilância das DANT inclui a contratação de Centros Colaboradores para o desenvolvimento de estudos e modelos de monitoramento e vigilância; a inclusão, na Programação Pactuada Integrada de 2002 (União, estados e municípios), de meta relacionada á vigilância de DANT; capacitação de técnicos de secretarias estaduais e municipais de saúde; e a proposição de uma política nacional para a vigilância das DANT. Até o momento, foram contratados pelo Ministério da Saúde quatro Centros Colaboradores, entre instituições de ensino e/ou pesquisa que gozam de credibilidade nacional, os quais abordam os seguintes temas: (i) violência, (ii) doenças cardiovasculares e diabetes, (iii) câncer e (iv) envelhecimento.

A tendência é que a vigilância das DANT se desenvolva por etapas, acrescentado progressivamente novas funcionalidades, conforme proposto pela OMS em seu "stepwise approach". No que se refere aos fatores de risco das DANT, por exemplo, é possível que um sistema de vigilância se utilize inicialmente de informações obtidas por meio de inquéritos, mas que progressivamente adicione informações provenientes de medidas físicas e até bioquímicas relacionadas a tais fatores. O Brasil, como integrante do Projeto



Mega Countries da OMS, que reúne os países com mais de 100 milhões de habitantes, iniciará ainda em 2002, com recursos da OMS, teste de metodologia de inquérito de fatores de risco para DANT factível de ser aplicada por municípios.

Encontra-se atualmente em desenvolvimento, com término previsto para junho de 2003, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não Transmissíveis. O Inquérito pretende caracterizar a situação da população em relação á exposição a fatores de risco de câncer e doenças não transmissíveis. A pesquisa abrangerá 19.000 domicílios e terá como alvo aproximadamente 54.000 pessoas a partir dos 15 anos de idade, nas 26 capitais estaduais e no Distrito Federal. Os resultados desse inquérito comporão uma linha de base que subsidiará a elaboração de políticas públicas e que estimulará o desenvolvimento da vigilância das DANT no país. Até que os dados estatísticos resultantes desse inquérito estejam disponíveis, no entanto, informações provenientes de outros tipos de estudos e pesquisas vêm sendo utilizados na caracterização da importância desses comportamentos de risco.

Um dos principais inimigos da saúde pública é o **sedentarismo**. Como na maior parte dos países, não há informações específicas sobre a tendência secular dos padrões de atividade física no Brasil. No entanto, a expansão gradativa do percentual da população economicamente ativa no setor de serviços de 29% (1970) para 55% (1999), o que implica atividades produtivas com menor atividade física, é um indicativo importante da diminuição da atividade física no trabalho no país. Por outro lado, houve um aumento muito expressivo na proporção de domicílios brasileiros com televisão (24%, em 1970, para 89%, em 2001), podendo indicar uma tendência a um maior sedentarismo nas atividades de lazer. Além desses indicativos de tendência, uma pesquisa nacional realizada em 1997, com 2504 pessoas, indicou que 60% dos adultos brasileiros relatavam ser pouco ativos.

Ao lado da inatividade física, o sobrepeso, a obesidade e hábitos alimentares inadequados têm sido importantes fatores de risco para as DANT. As mudanças no estado nutricional da população brasileira tem sido intensas nas últimas décadas. A desnutrição declinou sistematicamente entre 1975-1997, em todas as idades,

regiões e grupos socioeconômicos, embora as deficiências nutricionais ainda sejam relevantes, principalmente em crianças de mais baixa renda vivendo na região Nordeste. No mesmo período, a obesidade aumentou em todo o país entre crianças mais velhas, adolescentes e adultos. A prevalência da obesidade em homens adultos aumentou de 2,1% para 4,1% (1975 to 1989) e posteriormente para 6,4% (1997). Para as mulheres, a prevalência de obesidade foi de 6,0% para 10,9% (1975 to 1989) e para 12,4% (1997). A única exceção foi apresentada pelas mulheres de mais alta renda da região Sudeste, entre as quais já se observa uma tendência de declínio da obesidade nos anos 90. Em 1975, a desnutrição prevalecia sobre a obesidade em todos os grupos etários e regiões do país. Já em 1997, a situação é invertida, sendo que a obesidade não é mais prevalente do que a desnutrição apenas entre crianças até cinco anos de idade de famílias carentes.

Além dos indicativos de diminuição dos índices de atividade física da população, no trabalho e no lazer, esse aumento da obesidade tem sido associado às mudanças importantes nos padrões alimentares da população, em direção a dietas mais “ocidentalizadas”, com prevalência de produtos industrializados.

O percentual de **fumantes** no país é considerado alto quando comparado com outros países, principalmente da América Latina. No Brasil, um terço da população adulta fuma, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens e, como já mencionado, a proporção de fumantes na zona rural é maior do que na zona urbana em todas as faixas etárias. Noventa por cento dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os 5 e os 19 anos de idade, existindo atualmente no país 2,4 milhões de fumantes nesta faixa etária. A maioria dos fumantes tem entre 20 e 49 anos de idade. Os homens fumam em maior proporção que as mulheres em todas as faixas etárias, mas a mulher vem aumentando sua participação no número de fumantes, sobretudo na faixa etária mais jovem.

No que se refere às **doenças cardiovasculares**, estudos realizados no Brasil vêm demonstrando que, entre as mortes provocadas por essas doenças, a hipertensão arterial está associada a 46,01% dos casos, e que o risco cardiovascular aumenta em aproximadamente 50% quando o paciente é também portador de diabetes mellitus. Pode-se dizer assim que a hipertensão e a diabetes

constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório tendo como as principais complicações, além do Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Encefálico, a insuficiência renal crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social — INSS — demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem dessas doenças.

O número de internações por **diabetes** registrado no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) é elevado, tendo sido gastos mais de R\$39 milhões com hospitalizações no SUS em 2000, devido à alta taxa de permanência hospitalar decorrente da severidade das complicações, que demandam ainda a realização de procedimentos de alta complexidade. O "Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil", realizado em nove capitais brasileiras em 1986/88, demonstrou que 7,6% da população com idade entre 30 e 69 anos eram diabéticas, subindo para 17,4% quando a população analisada se encontrava na faixa entre 60 e 69 anos de idade. Mais recentemente, em 2001, foi promovida a Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes nas unidades básicas de saúde em todo o Brasil, tendo como público alvo os indivíduos usuários do SUS com idade igual ou superior a 40 anos. Um total de 4.448 municípios brasileiros enviou os dados sobre a cobertura da campanha, sendo identificados 2,9 milhões de indivíduos suspeitos<sup>2</sup> de serem portadores de diabetes mellitus, número equivalente a 14,66% do total da população testada. Desses, aproximadamente um milhão são portadores também de hipertensão arterial e, portanto, de grande risco.

Quanto à **hipertensão arterial** no Brasil, estudos atualizados até 2001 apontam para uma prevalência elevada, variando entre 10.1% e 52.2% da população, dependendo dos critérios adotados e metodologias utilizadas. No período de novembro de 2001 a janeiro de 2002, realizou-se uma Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Hipertensão Arterial e Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida que teve, também, como público alvo, a população com idade igual ou superior a 40 anos usuária do SUS. Os dados parciais – até setembro de 2002 – mostram que 3.851 municípios

---

<sup>2</sup> Foram considerados suspeitos os indivíduos que apresentaram glicemia de jejum com valores iguais ou superiores a 100mg/dl e glicemia pós-prandial com valores maiores que 140 mg/dl.

informaram seus dados da campanha à Coordenação Nacional. Nesses, foi verificada a pressão arterial de 11.777.048 indivíduos, dos quais 4.239.001 foram diagnosticados como suspeitos de hipertensão arterial, equivalendo a 36% do total.

Estudo realizado pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência/ CLAVES, a partir da utilização de dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, demonstrou que no perfil de morbidade hospitalar as **causas externas** ocupam o sétimo lugar correspondendo a 5,5% do total. Apesar disso, elas são a segunda causa mais importante de internação entre jovens de 10 a 19 anos de idade (7,9%) e entre jovens adultos de 20 a 29 anos de idade (5,1%). Além disso, a população masculina a 2,4 vezes mais atingida que a feminina. No perfil de mortalidade (ano 2000), elas se posicionam como a segunda causa mais relevante no total de óbitos e a primeira entre os homens de 10 a 49 anos de idade, com destaque para os homicídios (37.421 óbitos). Entre as mulheres dessa faixa etária, a mais importante causa de óbito foi a de doenças cerebrovasculares (5.077 mortes).

Iniciativas de monitoramento contínuo de acidentes e violências têm sido implementadas, tais como o desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde para Acidentes e Violências, em fase de teste; a determinação de obrigatoriedade para a notificação, às autoridades competentes, dos casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS 1.968/2001); e a regulamentação da informação, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de casos de quadro compatível com causas externas e com acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

## ***V. Promoção da Saúde***

Um dos maiores desafios atuais para o setor saúde no Brasil e fazer com que a busca de uma vida mais saudável seja incorporada e possível no cotidiano de todos. Promover saúde a melhorar as condições de vida das pessoas, é procurar tanto aumentar os fatores de proteção quanto reduzir os riscos que certos estilos de vida impõem. E o Brasil tem alcançado vitórias.

O país dispõe de programas que são exemplos mundiais

para a prevenção e controle da Aids, para o Incentivo ao Aleitamento Materno e para o Controle do Tabagismo. A estratégia de ações integradas de orientação, comunicação social e atenção à saúde, com ampla participação da sociedade e atuação nos âmbitos político, legislativo e econômico contribuiu sem dúvida para o sucesso destes programas. Essa integração de ações em várias dimensões concretizou a premissa de que deter o crescimento e diminuir a morbimortalidade não é responsabilidade única do setor saúde - e responsabilidade de todos.

São vários os exemplos de ações que envolvem parcerias efetivas com a sociedade brasileira, mostrando que promover e produzir saúde requer ir além das fronteiras e limites do setor saúde. Um deles é o código brasileiro para comercialização de alimentos infantis, um dos mais avançados do mundo, que foi pactuado com a indústria de alimentos. Não obstante, é necessário assegurar investimentos na construção de uma consciência sanitária e na elaboração e implementação de uma agenda nacional de promoção da saúde, resultante da participação popular e decisões políticas convergentes.

As linhas de ação do Ministério da Saúde são as bases dessa agenda. Uma delas é aquela que integra de forma indissociável a prática da atividade física, o incentivo a uma alimentação saudável e a redução do tabagismo. Nesse sentido, destaca-se o Programa Agita São Paulo que deu origem ao programa Agita Brasil de extensão nacional. Destacando a importância da realização de 30 minutos de atividade física regular diariamente, que pode ser realizada nos espaços disponíveis no trabalho, na escola, em casa e nos serviços de saúde o **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**, denominado "**Agita Brasil**" conseguiu chegar a todos os municípios com mais de 100 mil habitantes. Essa é uma iniciativa do Ministério da Saúde para incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física, como fator de proteção à saúde. A proposta básica é de elevar o nível de atividade física de cada pessoa, estimulando indivíduos sedentários a serem um pouco ativos; indivíduos pouco ativos a se tornarem regularmente ativos; indivíduos regularmente ativos passarem a ser muito ativos; e, indivíduos muito ativos, manterem este nível de atividade física.

Trabalhadores, escolares (crianças e adolescentes), idosos

e pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas são focos prioritários nesse programa. Várias estratégias para sensibilização da população foram criadas: planejamento e execução de megaeventos, a exemplo da "semana da caminhada" ou "da atividade física"; que envolvem ações de lazer comunitário; a elaboração de material de divulgação como cartazes, folders, marcadores de páginas, imãs de geladeira, pirâmides e cartões postais, com distribuição em escolas, hospitais, supermercados, entre outros; e o patrocínio de eventos científicos que enfocam a questão da atividade física e qualidade de vida.

**O Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer** visa a prevenção de doenças na população, através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco. As ações educativas pertinentes a esse programa dividem-se em pontuais e contínuas. As ações pontuais envolvem campanhas tais como Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo e Dia Nacional de Combate ao Câncer, que têm como perspectiva comum o envolvimento e a informação da comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto, bem como a divulgação através da mídia e a realização de eventos como congressos, seminários e outros para sensibilizar profissionais de saúde sobre o tema.

As ações contínuas objetivam manter um fluxo regular de informações sobre prevenção do câncer, tanto em relação ao tabagismo quanto aos demais fatores de risco de câncer. Considerase que culturas e hábitos são, passíveis de mudança somente a longo prazo. Portanto, essas ações utilizam canais para alcançar a comunidade de forma contínua e dentro da realidade de sua rotina. Dessa forma, através da realização de atividades sistematizadas em subprogramas dirigidos aos ambientes de trabalho, escolas e às unidades de saúde, o tema é inserido nas rotinas desses ambientes. Outro passo importante nesse processo implica no desenvolvimento de ações que apoiem o fumante que queira parar de fumar. Assim, "o Módulo Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar" surge com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar de forma efetiva os fumantes da comunidade no processo de interrupção deste hábito.

Uma ação importante no âmbito desse programa tem sido subsidiar a elaboração de leis de controle do fumo, assim como promover a sua divulgação na comunidade e a identificação e articulação de mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas. Nesse aspecto, merece destaque, por representar importante vitória para o setor, a aprovação da Lei 10.167/2000, que restringe a publicidade do cigarro na mídia e proíbe o patrocínio de eventos esportivos e culturais pela indústria do tabaco.

A exemplo do controle do tabagismo, é preciso insistir na implantação de novas medidas legislativas no âmbito da promoção da saúde. Tais medidas estão sendo estudadas sempre colocando a saúde pública à frente dos interesses comerciais e dando destaque para a formação dos hábitos saudáveis ainda na infância. Como exemplo, pode ser citada a regulamentação das propagandas de alimentos dirigidas ao público infantil. Além dessas normas de âmbito nacional, o Ministério da Saúde está apoiando municípios interessados na discussão, estudo e proposição de medidas legislativas que possam ser estabelecidas no contexto municipal. O potencial dessas políticas públicas e legislação específica está comprovado na promulgação das recentes leis municipais de regulamentação dos alimentos vendidos nas cantinas escolares.

Entretanto, não basta atuar sobre a legislação nacional, uma vez que medidas de defesa da saúde podem ser contestadas por outros países se consideradas como interferência no comércio internacional. É o caso, por exemplo, da regulamentação brasileira tornando obrigatório que todos os alimentos embalados apresentem a sua composição nutricional. Conhecer o conteúdo nutricional dos alimentos é um direito do consumidor e ferramenta fundamental para aqueles que desejam uma alimentação balanceada. Essa medida foi estendida aos produtos importados, vendidos nos supermercados brasileiros, o que deu origem a contestações de países e lobbies que privilegiam os interesses do comércio. Assim, o Ministério da Saúde vem atuando nos diversos espaços e foros internacionais (reuniões do Codex Alimentarius, OMC, OMS) que regulamentam todos os produtos - medicamentos, alimentos, saneantes, cosméticos - para garantir que a saúde pública tenha sempre precedência sobre quaisquer outros interesses.

Uma ação considerada fundamental para a promoção da saúde é informar o público. O Ministério da Saúde tem investido de

forma crescente na disseminação de informações técnicas que traduzam o conhecimento da ciência mais atual para toda a população. Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou um teste auto-aplicável – "Os 10 passos para a alimentação saudável" – que permite a todos os interessados avaliarem a sua própria alimentação e estabelecerem metas para melhorá-la. Foi também lançado, para distribuição a todas as equipes de saúde da família, um material ilustrado apresentando os Alimentos Regionais Brasileiros. O objetivo dessa publicação é o resgate da cultura alimentar brasileira, com frutas e verduras nativas, de baixo custo e ricas em nutrientes, que vêm sendo abandonadas.

Complementarmente, o Ministério da Saúde mantém aberto um canal direto de comunicação com a população através do Disque Saúde, projeto que disponibiliza chamadas telefônicas gratuitas a todos os brasileiros. Mulheres, homens, jovens, idosos e até crianças de todo o país procuram esse serviço diariamente para informações sobre saúde, num total aproximado de 20.000 chamadas mensais.

Outra linha de ação para a promoção da saúde é a **capacitação** dos profissionais que atuam junto à população. Esses profissionais precisam ser capacitados para que forneçam informações relevantes, atualizadas e passíveis de serem seguidas. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, professores devem ser agentes da promoção da saúde, fomentando a adesão a comportamentos saudáveis, respeitando a cultura e o momento da vida de cada um. Nesse sentido, o Ministério da Saúde realizou, durante o ano de 2002, oficinas macrorregionais de capacitação em Alimentação e Nutrição para Profissionais da Atenção Básica, com forte ênfase na indissociabilidade das mensagens de promoção de alimentação adequada, atividade física e combate ao tabagismo para a promoção da saúde. Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e Direito Humano à Alimentação Adequada foram os principais temas cobertos.

Essa capacitação estratégica foi concebida para ser executada em diferentes etapas, sob a responsabilidade de cada um dos níveis de governo. No total de dezembro de 2001 a junho de 2002, foram realizadas oito oficinas macrorregionais, cobrindo todos os estados brasileiros. No total, foram capacitados 280 técnicos – que terão o papel de multiplicadores, repassando as informações para todos os municípios brasileiros –, coordenadores dos Programas de



Saúde na Família e de Agentes Comunitários de Saúde, dos Pólos de Capacitação destes Programas, do Projeto Alvorada, das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, das Coordenações Estaduais da Mulher e da Criança, das Escolas de Nutrição, dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, organizações da sociedade civil e seus correspondentes estaduais e os Conselhos Estaduais de Saúde. Até setembro de 2002, 21 dos 27 Estados da Federação já haviam elaborado e iniciado a implantação de Planos Estaduais de Capacitação para o repasse do processo, metodologia e conteúdo de formação de recursos humanos para a promoção da saúde às regionais de saúde dos estados e dos municípios.

A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, como já referido, mas deve ser por ele coordenada e executada. Assim o Ministério da Saúde assume tal responsabilidade, procurando fazer com que a luta pela defesa da saúde ganhe novos significados; que não dependa apenas de tecnologias e conhecimentos sofisticados, mas, e principalmente, dos estilos de vida prevalentes. Nesse sentido, uma série de iniciativas tem sido tomada para um maior envolvimento dos municípios nessa jornada. A instituição do **Prêmio Nacional "Experiências Inovadoras em Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus"** a um exemplo. Esse prêmio contempla municípios que tenham desenvolvido as três melhores experiências, em conformidade com critérios estabelecidos. O objetivo desse projeto é identificar e avaliar ações inovadoras propostas e implementadas no nível municipal para a promoção da saúde, prevenção e controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, bem como divulgar as experiências bem sucedidas.

Finalmente, vale registrar a implantação do Programa de Prevenção ao Suicídio em parceria com as secretarias de saúde e o Centro de Valorização da Vida — CW — em todo o país e o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, "Mobilizando a Sociedade e Promovendo a saúde"; que visa implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, por meio da mobilização do setor saúde, de prefeituras e sociedade civil organizada. O objetivo do programa é promover mudanças de atitudes, hábitos e situações ambientais

que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito, visando a redução da morbimortalidade por acidentes e melhoria da informação a eles relacionados.

O projeto propõe como eixos operacionais: a) capacitar equipes de profissionais de saúde e do trânsito para garantir a qualidade das informações; e, b) mobilizar a sociedade para atitudes positivas em relação às medidas preventivas no trânsito, mediante capacitação de representantes de sindicatos de empregadores e condutores de veículos, profissionais da mídia e representantes da sociedade civil que atuarão como multiplicadores de informações e de medidas sobre prevenção de acidentes. Estão participando, da primeira fase do projeto, 84 municípios de catorze estados, compreendendo uma população aproximada de 46,7 milhões de habitantes. Esses municípios foram selecionados com base nos seguintes critérios: (i) número absoluto de óbitos por acidentes de trânsito; (ii) coeficiente de mortalidade por estes acidentes; e (iii) mortalidade proporcional por acidentes de trânsito.

Em 1998, ano de implantação do novo Código de Trânsito Brasileiro, houve redução de 1,6 % no total de óbitos decorrentes de causas externas e redução de 13,31% do número de óbitos por acidentes de trânsito. Contribuíram para esse resultado as campanhas educativas voltadas para a redução de acidentes de trânsito, desenvolvidas em conjunto com os Ministérios da Justiça e dos Transportes.

## ***VI. Organização da Atenção Básica***

O processo de reorganização da atenção primária de saúde, em curso, busca expandir e consolidar em todo o País este nível de atenção, tornando-o efetivamente a porta de entrada no sistema de saúde. A estratégia fundamental dessa reorganização é o Programa de Saúde da Família – PSF –, que se baseia na atuação da equipe de saúde, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe acompanha, em média, 3.450 pessoas, e estabelece com a respectiva comunidade um vínculo de coresponsabilidade sobre a saúde local. A ação das equipes tem por base o núcleo familiar, a partir do qual são desenvolvidas ações de

promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como retaguarda a unidade de saúde.

Uma das diretrizes do PSF é o estímulo à participação social. O agente comunitário de saúde é o principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Ele reside na área onde trabalha, é um membro atuante daquela comunidade, possuindo com ela, portanto, um envolvimento pessoal. Diante da sua especificidade, a atuação dos ACS foi regulamentada por lei, sancionada em julho deste ano.

Os agentes comunitários desenvolvem as suas atividades durante visitas domiciliares e reuniões educativas. Entre as principais atribuições do agente, destacam-se: o cadastramento de todas as famílias residentes em sua área de trabalho; o acompanhamento mensal de gestantes, verificando a realização do pré-natal, a situação de vacinação; o acompanhamento mensal das crianças, registrando seu desenvolvimento, estado nutricional, situação vacinal, ocorrência de alguma doença; o acompanhamento de portadores de tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial e de outros agravos de prevalência local; a orientação das famílias em relação a medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos; a identificação de problemas que afetam o meio ambiente, como coleta de lixo, abastecimento de água e destino de esgoto e das águas servidas, para, em parceria com a comunidade, propor soluções para enfrentar a situação.

Implantado em 1994, o PSF vem acumulando uma rica experiência, contribuindo para um salto de qualidade no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 1995, o PSF foi fortalecido política e institucionalmente, passando a ser definido como a estratégia para a reorganização da atenção primária de saúde no âmbito do SUS. O Programa tem se expandido de forma acelerada: em 1997, eram 1.623 equipes em 567 municípios, enquanto em 2000 já existiam 10.674 equipes em 3.109 municípios. Com a implantação de um Piso de Atenção Básica – o PAB –, essa prioridade foi traduzida em termos de financiamento.

Esse Piso financia a atenção primária de saúde no país e é repassado de forma sistemática e direta do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais. O PAB é calculado com base na

população municipal e tem um valor mínimo nacional per capita/ano. Além dessa parte, que é fixa, o PAB tem uma outra variável, cujos recursos destinam-se a ações estratégicas (assistência farmacêutica básica; combate às carências nutricionais específicas, epidemiologia e controle de doenças, programas de agentes comunitários de saúde e de saúde da família).

O movimento de expansão do PSF, cuja execução é totalmente descentralizada, demonstra uma importante adesão dos gestores municipais e estaduais, que compartilham responsabilidades com o Ministério da Saúde, inclusive na busca da sustentabilidade financeira do Programa. Em agosto de 2002, havia 16.228 equipes de saúde da família, com 220 mil profissionais atuando em 4.116 municípios. Mais de 53 milhões de pessoas são acompanhadas pelo Programa, representando 31% da população do País.

A análise da expansão do PSF mostra uma tendência inicial de cobertura de áreas menos assistidas, representadas por pequenos municípios, distantes dos aglomerados urbanos, e por cidades de médio porte. Essa tendência da implantação vem ampliando, efetivamente, o acesso aos serviços de saúde por parte de segmentos da população brasileira até então excluídos. No tocante a recursos humanos para o Programa, foram implantados Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente dos Profissionais do PSF em todo o país, estratégia que está viabilizando a constituição de uma rede de formação e qualificação dos profissionais de saúde da família e promovendo, cotidianamente, o desenvolvimento científico e tecnológico tanto desses profissionais, quanto dos demais agentes envolvidos na reorganização da atenção primária no Brasil.

Em 1999, com a colaboração das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa "Avaliação do Processo de Implantação e de Funcionamento do PSF". Os resultados da pesquisa evidenciaram uma mudança efetiva das práticas de saúde nas unidades básicas que passam a atuar com PSF. Segundo essa pesquisa, o acesso da população aos serviços, no território de atuação da unidade básica, melhorou significativamente. Na área da prevenção e controle das DNT, podem ser citados:

- a realização de coleta para exames preventivos de câncer cérvico-uterino, feita pelo enfermeiro, aumentou de 16,1% para 67,5%;
- o cadastramento de pacientes hipertensos aumentou de 13,9% para 96% e o tratamento de 34,8% para 98,5%; e,
- o cadastramento de pacientes diabéticos aumentou de 12,7% para 93,9% e o tratamento de 32,5% para 97%.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional Básica da Assistência – NOAS – a qual amplia as responsabilidades dos municípios na atenção primária, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. A Norma define também as áreas de atuação estratégicas mínimas que devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, entre as quais doenças não transmissíveis como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Para cada área definida, estão fixadas as responsabilidades e as atividades a serem desenvolvidas no âmbito da atenção primária. Na prevenção e controle da hipertensão arterial, estão estabelecidas as responsabilidades e atividades descritas no Quadro 3, enquanto em relação ao diabetes mellitus, são responsabilidades e atividades no âmbito da atenção primária, as listadas no Quadro 4.

Vale observar que a Norma Operacional Básica da Assistência NOAS se aplica também àqueles municípios e comunidades que não dispõem de equipes de Saúde da Família, assim como essas últimas ações descritas, atividades integrantes do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Trata-se de um trabalho financiado majoritariamente pelo Ministério, embora realizado em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Sociedades Científicas de Cardiologia, de Diabetes, de Hipertensão e de Nefrologia e Federações Nacionais de Portadores destas patologias. Esse Plano estabelece as diretrizes e metas para a reorganização da atenção a esses agravos no SUS, mediante a atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente as unidades de saúde para tratamento e acompanhamento.

Para atender ao objetivo de cadastrar os portadores de diabetes e de hipertensão, vinculando-os as unidades de saúde, foi desenvolvido o Sistema de Cadastramento – HiperDia. O HiperDia é um sistema

informatizado, que tem ainda a finalidade de gerar informações para subsidiar a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos pacientes cadastrados. Esse sistema instrumentaliza os gestores federais, estaduais e municipais para a reorganização da rede de atendimento na medida em que possibilita o planejamento dos recursos necessários ao atendimento dessa clientela. Dos 5.560 municípios, 4.700 já aderiram ao Plano, sendo que 1.103 enviaram seus dados para a base nacional do HiperDia que já conta com 330.793 usuários cadastrados.

Quadro 2 - Atenção Básica - Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial

• Responsabilidades		• Atividades
<b>Medidas preventivas e de promoção da saúde</b>		Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações
<b>Medidas de Controle</b>	Diagnostico de casos	Diagnostico clinico
	Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
	Busca ativa de casos	Medico de P. A. de usuários Visita domiciliar
	Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Fornecimento de medicamentos Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
	Diagnostico precoce de complicações	Realização ou referenda para exames laboratoriais complementares Realização ou referência para ECG Realização ou referenda para RX de tórax
	Primeiro atendimento de urgência	Primeiro atendimento às crises hipertensivas e outras complicações Acompanhamento domiciliar Fornecimento de medicamentos

Quadro 4 - Atenção Básica - Prevenção e controle do Diabetes Mellitus

• Responsabilidades		• Atividades
<b>Medidas preventivas e de promoção da saúde</b>		Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias) Ações educativas para auto-aplicação de insulina
<b>Medidas de Controle</b>	Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
	Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
	Busca ativa de casos	Visita domiciliar
	Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Educação terapêutica em diabetes Fornecimento de medicamentos Curativos
	Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde
	Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização ou referência para ECG
	Primeiro atendimento de urgência	Primeiro atendimento às complicações agudas e outras intercorrências Acompanhamento domiciliar
	Encaminhamento de casos	Agendamento do atendimento dos casos graves em estabelecimentos de outro nível de complexidade

O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi instituído pelo Ministério da Saúde, como parte do Plano e com o objetivo de padronizar o

esquema terapêutico para o tratamento clínico dos portadores de diabetes e de hipertensão. Esse programa garante aos pacientes cadastrados pelos municípios, na medida da necessidade de cada um, o fornecimento gratuito e regular dos seguintes medicamentos: glibenclamida 5mg, metformina 850mg e insulina para os portadores de diabetes; e hidroclorotiazida 25mg, propranolol 40mg e captopril 25mg para os portadores de hipertensão.

Nesse contexto, merece ainda destaque a adoção de uma política de regulação econômica e de monitoramento do mercado farmacêutico, com reflexos no preço de medicamentos e no custo de tratamento de diversas doenças. Medicamentos genéricos foram introduzidos, sendo sua comercialização monitorada de forma a assegurar preços em média 40 % inferiores aos dos medicamentos de referência. A conquista de mercado pelos medicamentos genéricos, em razão da confiança adquirida pelos profissionais de saúde e consumidores finais desses produtos, resulta, ademais, na redução espontânea do preço de alguns medicamentos de referência. Ou seja, pressionados pela concorrência dos genéricos, certos laboratórios vêm-se obrigados a baixar seus preços na tentativa de estancar a perda de mercado. Assim é que a comercialização do medicamento genérico promove significativa alteração no custo de tratamento de enfermidades, tais como a Hipertensão, a Diabete, a Hipercolesterolemia e a Hiperplasia Prostática Benigna.

A todas essas ações desenvolvidas de forma rotineira, somam-se ainda aquelas realizadas em forma de campanhas nacionais, pela mesma rede de serviços, como no caso daquelas de controle do câncer do colo do útero e de mama, justificadas pela alta incidência desses tumores no Brasil. Consubstanciadas no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher, elas consistem no desenvolvimento e colocação em prática de medidas estratégicas que visam a um controle mais amplo e efetivo da doença. Desde sua implantação, em 1998, até o final de 2001, o Programa realizou 33,1 milhões de exames.

Em 2002, foi realizada uma campanha nacional de mobilização popular para a coleta do exame citopatológico do colo do útero em



2,5 milhões de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, que nunca tinham se submetido ao exame preventivo (de Papanicolau) e naquelas que o tinham feito há mais de três anos. A campanha atingiu 84,94% de sua meta, com o registro de mais de 3,8 milhões de mulheres examinadas em todo o território nacional, sendo que 2,1 milhões na faixa etária de risco (35 a 49 anos). Atualmente, encontra-se em desenvolvimento a fase de seguimento, cujo objetivo é garantir a realização de procedimentos de complementação diagnóstica e da terapia recomendada pelo programa às mulheres com exames alterados.

## **VII. Organização da Atenção Especializada**

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde, bem como de outros setores da população, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde. A publicação da NOAS-SUS 01/01 em janeiro de 2001 é fruto desse longo processo de negociação.

O objetivo geral dessa Norma, assim como o da sua reedição de 2002, é, como já mencionado, "promover major equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção". Para atingir esse objetivo, a NOAS reconheceu a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS, e propôs três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis;
- fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o

desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação;

- atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios as condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Um dos pontos mais importantes diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Segundo a Norma, esse plano deve conter, minimamente:

- a) a divisão do território estadual em regiões ou microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dêem conta do primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de atenção básica;
- d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- e) a organização de redes assistenciais específicas; e,
- f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais, identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, a NOAS propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos que garantam, no âmbito microrregional, o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde frequentemente necessárias para atender os problemas mais comuns e que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios, pelo seu pequeno porte populacional.

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS estabelece diretrizes gerais para a organização das ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas

específicas. Esse tipo de regionalização requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual.

Do ponto de vista do financiamento, a NOAS pressupõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica fixo como já mencionado no item anterior, e que o financiamento das ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial se dê com base em um valor per capita nacional. Esse aspecto é bastante importante por assinalar uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orientada pela oferta preexistente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas.

A programação físico-financeira integrada tem sido um instrumento fundamental para a reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS. A programação contempla a alocação dos recursos e explicita a distribuição das competências entre as três esferas do governo, de forma a garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios que ofertam o serviço mediante encaminhamento formalizado e pactuado intergestores.

A constatação da existência de gargalos na oferta de determinados serviços de saúde levou o Ministério da Saúde a formular estratégias de ampliação da oferta e facilitação do acesso a um conjunto de ações, realizadas a partir da constituição de redes assistenciais específicas. A participação do Ministério na organização dessas redes tem razão de ser, na medida em que serviços dessa natureza não estão disponíveis em todos os municípios, estados ou mesmo regiões. O financiamento dessas redes vem sendo feito com recursos transferidos regularmente pelo Ministério da Saúde a estados e municípios, no limite do teto orçamentário definido para cada um, e por outros mecanismos.

Buscando qualificar a atenção especializada no SUS, o

Ministério realizou maciços investimentos na capacitação de recursos humanos, estrutura física, equipamentos e, principalmente, no custeio das unidades assistenciais participantes das Redes Assistenciais para Atenção às Vítimas de Acidentes e Violências, Oncologia, Doenças Cardiovasculares e Distúrbios Mentais, entre outras. Para cada uma dessas redes, o Ministério da Saúde adotou medidas de identificação, acreditação e certificação, em distintos níveis de complexidade, de unidades hospitalares especializadas, que passaram a receber incentivos financeiros agregados à remuneração regular do SUS. A assistência farmacêutica, especialmente no que se refere a medicamentos de alto custo, é garantida através de mecanismos especiais de financiamento, aos pacientes atendidos.

Na abordagem da Atenção a Vítimas de Acidentes e Violências, foram estabelecidas parcerias com universidades e Secretarias Estaduais e Municipais para capacitação de recursos humanos, com destaque para o treinamento de profissionais de saúde para o atendimento pré – hospitalar (2.320 em 2001). A organização das redes foi estruturada em cinco vertentes, quais sejam Urgência e Emergência, Neurocirurgia, Assistência aos Grandes Queimados, Capacitação de Unidades de Terapia Intensiva, e Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Foram beneficiadas com os investimentos realizados 266 unidades assistenciais especializadas pertencentes a essas redes, além de instalados 188 serviços de reabilitação física. Na rede de oncologia, foram contempladas 254 unidades existentes e iniciada a implantação de 20 novos estabelecimentos especializados.

O modelo assistencial na área de saúde mental, fortemente amparado na assistência hospitalar, ainda resiste às mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, uma vez que os hospitais especializados concentram 80% dos recursos totais gastos nesta área. No entanto, observa-se um crescimento gradativo na destinação de recursos financeiros para a rede de atenção psicossocial de base comunitária, com a conseqüente redução dos leitos hospitalares especializados. No mesmo sentido, o Ministério da Saúde tem definido estratégias para a implantação e o fortalecimento de redes assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas, com a

implantação de um modelo centrado na atenção comunitária e voltado para a reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Em 2001, existiam em funcionamento no Brasil 295 serviços tipo Centros de Atenção Psicossocial de base comunitária – CAPS –, dos quais, aproximadamente, 10% eram específicos para atenção de usuários de álcool e outras drogas.

Alem da organização e ampliação das redes de serviços, outra atuação do Ministério da Saúde tem sido no sentido de realizar "mutirões" para a realização de cirurgias eletivas que apresentem alta taxa de demanda reprimida, com a finalidade de reduzir as filas de espera. Nessa linha, merecem destaque os mutirões de cirurgia de próstata e de laserterapia para redução da cegueira decorrente da retinopatia diabética, realizados em parceria com Associações Médicas e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, muito bem sucedidos na consecução de suas metas. Esses mutirões foram responsáveis por um aumento de mais de 40% no quantitativo dessas cirurgias realizadas anualmente pela rede SUS.

## **VIII. Participação e Controle Sociais**

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a participação popular passou a ser valorizada e percebida como de fundamental importância para a construção de um modelo público de saúde. Os Conselhos e as Conferências de Saúde foram instituídos como instrumentos do controle social, através dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde. Os Conselhos e as Conferências de Saúde são práticas consideradas como bem sucedidas e constituem espaços político-administrativos onde emergem de forma concreta as representações dos diferentes interesses envolvidos na construção e gestão do sistemas de saúde.

As Conferências de Saúde são convocadas pelos Conselhos e realizadas a cada quatro anos, com o propósito de viabilizar a participação da população na avaliação e reformulação das políticas implementadas, com o intuito de melhorar a eficácia dos programas,

das formas de gerenciamento e da prestação de serviços. Por sua vez, os Conselhos de Saúde são órgãos do SUS, sem personalidade jurídica própria, integrantes da União, do Estado ou do Município, a depender da esfera em que se situem. São instituições permanentes, na perspectiva de que devem ser instalados e ter atuação regular, não esporádica ou eventual. Sua composição deve ser paritária, o que equivale a dizer que 50% de seus membros titulares são representantes dos usuários enquanto os outros 50% representam entidades e instituições dos segmentos governo, prestadores de serviços de saúde e profissionais de saúde.

A esses órgãos foram conferidas as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Para o melhor exercício dessas atribuições, o Conselho Nacional de Saúde vem se utilizando da criação de comissões temáticas permanentes que acompanham e colaboram com as áreas técnicas específicas do Ministério da Saúde. Entre essas, vem tendo atuação expressiva na abordagem às doenças e agravos não transmissíveis no país as Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saúde Mental e Acidentes e Violências.

O controle da qualidade das ações e serviços de saúde e demais atividades exercidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, no entanto, não é atribuição exclusiva dos Conselhos de Saúde. Diversos mecanismos têm sido implementados de forma a assegurar a participação dos usuários do sistema de modo geral, de associações ou entidades de classe e de organizações não governamentais.

Nesse contexto, foi criado o Serviço de Atendimento ao Cidadão / Usuário do Sistema Único de Saúde (SAC/SUS), com o objetivo de identificar a necessidade e/ou opinião do cidadão ou usuário do SUS e desenvolver os serviços, produtos e processos necessários ao seu atendimento. O SAC/SUS é composto de um sistema informatizado, com fluxo de informações via Internet, e compreende diversos canais para entrada de dados, como o sistema de cartas aos usuários do SUS, as demandas espontâneas dos cidadãos ou usuários apresentadas via correio, Internet, ou por meio do sistema de atendimento telefônico gratuito.

Cartas são enviadas regular e sistematicamente aos usuários

dos serviços hospitalares para que eles tomem conhecimento e possam conferir, em um demonstrativo, os procedimentos realizados, materiais e itens especiais utilizados, valores cobrados pelo hospital e pagos pelo SUS e outros dados da sua internação. Havendo erros, dúvidas ou necessidade de qualquer comentário, o usuário tem a sua disposição o serviço de atendimento telefônico gratuito do SAC/SUS. Os usuários que recebem a carta do Ministério da Saúde apresentam respostas com elogios, denúncias, reclamações, sugestões, informações e correção de dados que permitem não só a identificação de fraudes em diferentes pontos do Brasil como oferecem a todos a chance de participar do processo de fiscalização. De acordo com o tipo, gravidade ou incidência das denúncias, os secretários municipais e estaduais de saúde vem aplicando medidas punitivas que objetivam corrigir as irregularidades indicadas pelos usuários do SUS em suas respostas.

O Sistema de Atendimento de Demandas Espontâneas (SADE) 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. O SADE pode ser comparado ao sistema de cartas no que se refere a objetivos e metas, mas tem como peculiaridade a agilidade referente à resolução das demandas geradas pelo atendimento do cidadão, visto que o registro é disponibilizado em tempo real às Secretarias de Saúde competentes, para visualização e tratamento da informação.

Outra iniciativa nessa linha de atuação é o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), criado em 1998 com o objetivo maior de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. O Programa consiste na avaliação anual de todos os hospitais da rede assistencial mediante aplicação de quatro questionários padronizados em cada uma das unidades, quais sejam: 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, da 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. Os resultados finais, bem como as recomendações decorrentes, são remetidos de volta aos estados e municípios, para adoção de medidas cabíveis.

A ampliação do diálogo com os diferentes atores e setores envolvidos na prestação de serviços e ações de saúde vem se configurando como a principal responsável pelo fortalecimento do sistema de saúde no Brasil. Pode ser dito a respeito do SUS que, embora jovem, já é evidente o seu amadurecimento, conseguido através da exposição, discussão e, em muitos casos, superação dos problemas e conflitos descortinados no caminho. É certo que outros desafios surgirão, decorrentes mesmo dos processos de evolução do homem e da sua forma de ocupação do território, mas não existem dúvidas de que a capacidade de enfrentamento será sempre tão maior quanto maior a base de participação e sustentação do sistema.





ISBN 85-334-0619-3



9 788533 406193