

3.

SAÚDE

INTRODUÇÃO

As transições epidemiológica, demográfica e nutricional pelas quais o Brasil passou nos últimos anos tiveram forte influência na institucionalização de suas políticas públicas ao determinar e ao condicionar prioridades em função de suas vulnerabilidades históricas.

No início de 2003, a falta de condições técnicas, financeiras e políticas dos estados e dos municípios gerava problemas para a efetivação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) como organizador e como coordenador nacional dos serviços. Para a prestação de contas e para a implementação das deliberações dos conselhos de Saúde, havia problemas como a insuficiência de recursos, a desigualdade de acesso a serviços de saúde entre municípios, a desarticulação nas práticas institucionais de planejamento, de programação e de avaliação e a fragmentação dos sistemas de informação em saúde.

Ressaltam-se o desequilíbrio entre a oferta e a demanda de profissionais e sua má distribuição pelo território nacional, assim como a dificuldade de fixação de mão de obra em regiões distantes dos grandes centros urbanos. Deve ser mencionada, ainda, a dificuldade de alinhar as ofertas de serviços às demandas da população. Esses problemas, entre outros, agravavam a gestão de recursos humanos, com reflexos diretos na qualidade da prestação de serviços aos usuários do Sistema. Além disso, a atenção à saúde do trabalhador era incipiente e com poucas unidades de referência implantadas no País.

As instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores estavam por ser fortalecidas e formalizadas legalmente, bem como a cultura e a prática de gestão solidária entre as três esferas de governo.

Em 2002, os instrumentos de participação social precisavam de aperfeiçoamento. Os conselhos de Saúde eram também incipientes e desestruturados. A Ouvidoria do SUS funcionava com vários serviços de atendimento ao cliente concentrados em Brasília, dificultando análises e soluções de demandas efetuadas pela sociedade.

As atividades da vigilância em saúde ambiental, até 2003, eram centradas na capacitação de recursos humanos e na estruturação do sistema de informação e de vigilância, cujas atividades eram desenvolvidas apenas por uma pequena parcela dos estados e dos municípios.

A importação de medicamentos e de fármacos era de US\$ 736 milhões, em 1990. Uma década depois, chegou a US\$ 2,6 bilhões. A participação dos medicamentos prontos no total de importações de fármacos passou de 8% para 44% no período.

Até 2002, os laboratórios públicos nacionais tinham aportes cada vez menores, instalações e equipamentos ultrapassados. O cenário trazia limitações ao SUS e a seus objetivos. O ordenamento jurídico brasileiro imputa ao SUS a participação na produção de medicamentos, de equipamentos, de imunobiológicos, de hemoderivados e de outros insumos. Também é responsabilidade da rede pública a formulação e a implementação de políticas que incrementem o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde. A assistência farmacêutica é parte fundamental para o cumprimento da determinação constitucional de assistência integral à saúde. A subordinação a importações, principalmente no que se refere à tecnologia, potencializou a vulnerabilidade do Sistema na oferta de insumos necessários para o atendimento à população.

Desafios do mandato e compromissos assumidos

Em 2003, o Governo encontrou, portanto, vários desafios na área da saúde. A ausência de uma base sólida de sustentação econômico-financeira colocava obstáculos à ampliação da cobertura e do acesso dos brasileiros às políticas, além de representar um risco à qualidade dos serviços oferecidos. E o grande compromisso era garantir recursos para o Sistema atender à totalidade da população brasileira.

Era necessário, ainda, melhorar a qualidade do investimento, encontrar estratégias institucionais que permitissem usar melhor os recursos existentes, criando estruturas mais dinâmicas, com remuneração por metas e com avaliação de desempenho.

Igualmente importante era o compromisso com a valorização profissional, por meio de mecanismos que pudessem reduzir a carência de médicos, de enfermeiros e de dentistas no País, especialmente em localidades de difícil acesso e nas grandes regiões metropolitanas.

Outro grande desafio era a reversão do quadro da saúde pública, principalmente das emergências dos hospitais em todo o País. No entanto, esse problema dependia de investimentos na organização da rede de atenção. Nesse sentido, os compromissos assumidos no Programa de Governo de 2003/2006 se centraram em dois eixos:

- Na efetividade da descentralização, de forma que municípios e estados desenvolvessem condições técnicas, financeiras e políticas para coordenar e organizar os serviços no seu território, para exercer a gestão, para prestar contas e para implementar as deliberações dos conselhos de Saúde.
- No fortalecimento da cultura e da prática de gestão solidária entre as três esferas de governo, com a formalização legal e o respeito às instâncias de pactuação das políticas de saúde entre os gestores.

Além dos compromissos referentes aos programas de governo, as gestões do Ministério da Saúde assumiram outros para superar desafios, como a insuficiência de recursos para o setor, a persistência de iniquidades referentes à desigualdade de acesso a serviços de saúde entre municípios, a desarticulação das práticas institucionais de planejamento, de programação e de avaliação e a fragmentação dos sistemas de informação em saúde.

Na promoção à saúde e na prevenção de doenças, por sua vez, era necessário fortalecer a vigilância em saúde, fosse com a ampliação da oferta de vacinas no Programa Nacional de Imunizações, fosse com o esforço para manter a eliminação da poliomielite e do sarampo. E, ainda, trabalhando para alcançar a mobilização necessária para reduzir a ocorrência de casos graves e de óbitos de dengue, com adoção de medidas para diminuir os índices de infestação do mosquito transmissor e para organizar a rede de serviços para atendimento aos pacientes.

Estavam entre os desafios e os compromissos do Governo prevenir as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) entre os jovens e as gestantes, reduzir a morbimortalidade, ampliar o acesso da população aos medicamentos antirretrovirais, enfrentar a feminização da epidemia de HIV/aids e reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. Entre as diretrizes definidas pelo Governo no escopo das políticas sociais a serem desenvolvidas, figurava ampliar o acesso a serviços de saúde que contemplassem demandas de populações em situação de iniquidade, com destaque para as populações negra, quilombola, indígena, ribeirinhas, para os povos das florestas e das águas, para os ciganos, para a população em situação de rua e para o grupo composto por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT).

Na área de ciência, tecnologia e insumos estratégicos para a saúde, o plano de governo de 2002 propunha uma política em quatro pilares fundamentais: ampliação dos recursos, reorganização das prioridades, fortalecimento do controle e da transparência sobre o uso dos recursos disponíveis e combate à dependência externa. Em 2006, priorizaram-se ações que incluíam as cadeias produtivas, por meio de uma política coordenada e pela implementação de estratégias de articulação entre as diversas áreas de governo.

No Programa de Governo 2007-2010, foi definido como prioridade o fortalecimento da gestão pública do SUS, a ser desenvolvido de forma democrática e com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, de atendimento ao interesse público e de combate à corrupção.

O QUE FOI FEITO

A) PROMOÇÃO DA SAÚDE

A estratégia adotada diante do cenário encontrado foi formular e financiar a política nacional de promoção da saúde, estabelecendo eixos fundamentais para a promoção de saúde e para a prevenção de doenças, com base na informação e no diagnóstico, fundamentais para a ampliação do atendimento da rede pública. Esse trabalho visou estruturar a vigilância em saúde, capacitando e reorganizando os trabalhos nos estados e nos municípios, e fortalecer a gestão e os sistemas de informação das três esferas de governo.

Além disso, trabalhou-se para ampliar a oferta de vacinas, para manter a eliminação da poliomielite e do sarampo, para eliminar a rubéola, para o País ter capacidade de armazenar e de distribuir imunobiológicos, assim como para reduzir a ocorrência de casos graves e de óbitos de dengue, para prevenir as DST/aids entre os jovens e as gestantes, para reduzir a morbimortalidade por aids, para ampliar o acesso da população aos medicamentos antirretrovirais, para enfrentar a feminização da epidemia de HIV/aids e para reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

Também focou-se no aumento do acesso aos serviços de saúde e aos centros de referência para tratamento das hepatites, na ampliação do diagnóstico e do fornecimento de medicamentos para as hepatites virais B, C e D e no maior acesso à imunização contra a hepatite B.

Outros eixos de atuação adotados foram:

- Reduzir o número de casos e de incapacidades associadas à hanseníase.
- Controlar a incidência da tuberculose, tendo em vista ser a maior causa de óbitos em portadores do HIV, e ampliar o acesso ao diagnóstico baciloscópico da doença.
- Reduzir em 41% a incidência de casos de malária na Amazônia Legal.
- Reestruturar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.
- Estruturar a rede nacional de resposta às emergências em saúde pública.
- Estruturar o sistema de vigilância para detectar e para responder à introdução de um possível caso de influenza aviária.

- Desenvolver o Plano de Contingência do Brasil para o enfrentamento de uma pandemia de influenza.
- Implantar o Plano de Contingência Nacional.
- Priorizar os estados do Norte e do Nordeste para vigilância dos óbitos com causa mal definida.
- Produzir e estimular a produção de estudos e de pesquisas sobre a situação de saúde no País.
- Aperfeiçoar os sistemas nacionais de informação em saúde.
- Realizar ações de prevenção e de promoção da saúde que reduzam a morbimortalidade provocada pelo trânsito.
- Estruturar a vigilância em saúde ambiental nos três níveis de gestão do SUS e fortalecer as ações de respostas rápidas aos desastres.
- Promover o acesso às informações ambientais com ênfase em dados climáticos e de poluição para análise de situação de saúde.
- Estabelecer diretrizes para atenção e vigilância de populações expostas a substâncias químicas.
- Estruturar a vigilância ambiental com ênfase na vigilância da qualidade da água, da contaminação do solo, dos riscos decorrentes de desastres, na vigilância da população exposta à poluição atmosférica e relacionada a acidentes com produtos perigosos.
- Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS.
- Realizar a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.
- Para manter a queda na mortalidade infantil, as ações focaram o aumento da cobertura vacinal e a introdução de novas vacinas, a utilização da terapia de reidratação oral, o aumento da cobertura de pré-natal, a ampliação dos serviços de saúde, a redução contínua da fecundidade e o aumento das taxas de aleitamento materno.

Para vencer os desafios, foi ampliado o financiamento federal para os estados e para os municípios desenvolverem as atribuições e as responsabilidades em vigilância em saúde e foram fortalecidas as estruturas das secretarias estaduais e municipais.

Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Objetivos

- Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados às determinantes e às condicionantes dos modos de viver e da saúde quanto ao sedentarismo e à violência.

Data de início

2006

Instrumentos legais

- Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006: regulamenta a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
- Portaria nº 1.190/GAB/MS, 2005: institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, formado por diferentes secretarias e órgãos do Ministério da Saúde (MS) e que tem por objetivo elaborar um texto base para conformação de uma Política de Promoção da Saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A promoção da saúde encontrava-se inscrita no texto da Lei Orgânica da Saúde de 1990, mas não havia ainda sido institucionalizada, assim a grande ênfase do SUS continuava sendo a assistência à saúde. Com a publicação da PNPS, em 2006, a promoção ganhou *status* de política, com planejamento, definição de orçamento e metas. Tornou-se importante para o apoio a estados e a municípios no desenvolvimento de ações para a redução de vulnerabilidades e enfrentamentos dos determinantes sociais em saúde. Estabeleceu a intersetorialidade e a articulação da saúde com os demais setores: meio ambiente, saneamento, planejamento urbano, dentre outros, a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente. Além disso, objetivou fortalecer a participação social e a gestão participativa de políticas públicas de saúde e incentivar a adoção de práticas horizontais de gestão.

A PNPS buscou incentivar estratégias de produção de conhecimento em promoção da saúde, celebrando convênios, intercâmbios, contratos e acordos de cooperação técnica com instituições de ensino, de pesquisa e de extensão nacionais e/ou internacionais para monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção.

O tema já constava do processo de planejamento da saúde, garantindo a transversalidade das ações. Dentre as diretrizes priorizadas destacam-se a implementação da Estratégia Global para a Promoção de Alimentação Saudável e Atividade Física, compromisso firmado pelo Brasil em 2004.

Entre as metas da PNPS encontram-se o estímulo e o financiamento de estudos, de pesquisas e de inquéritos para a produção de material técnico, educativo e informativo para a formação e a capacitação de profissionais e de gestores do SUS, e também o desenvolvimento de publicidade de utilidade pública com temas de promoção da saúde.

Buscou-se, ainda, sistematizar e publicar informações acerca de experiências bem sucedidas de implantação de projetos de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida da população. As informações foram organizadas e sistematizadas, visando garantir a sustentabilidade de área temática e difundir a promoção da saúde em espaços estratégicos como na Biblioteca Virtual da Saúde (Bireme) – [//regional.bvsalud.org/php/index.php](http://regional.bvsalud.org/php/index.php).

Gestão e participação social

Foram realizados encontros, fóruns e/ou seminários junto a estados e a instituições de ensino, de pesquisa e de extensão para a produção de conhecimento.

Resultados

- Realização das campanhas nacionais de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida (2006, 2007, 2008, 2009 e 2010).
- Produção de Seminários Nacionais de Promoção da Saúde.
- Realização de três cursos internacionais e de diversos cursos de educação a distância para gestores e profissionais do SUS em promoção da saúde, em parceria com universidades e com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- Repasse de mais de R\$ 125 milhões para estados e para municípios, de 2005 a 2009, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.
- Em 2010, a Rede Nacional de Promoção da Saúde conta com 1.465 municípios, representando 26,3% dos municípios brasileiros.

Implementação do Sistema de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Sisdant)

Objetivo

Ampliar o conhecimento sobre prevalências de fatores de risco em grupos específicos, aperfeiçoando indicadores de monitoramento de doenças e capacitando recursos humanos.

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) constituem um grande e heterogêneo grupo de doenças cujo controle é fundamental para a saúde pública. Incluem as doenças crônicas – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas – e os agravos – acidentes e violências. As doenças cardiovasculares constituem as mais importantes causas de morbimortalidade no País, seguidas dos cânceres e das causas externas.

Análises epidemiológicas indicam que um conjunto de fatores comportamentais de risco responde pela grande maioria das mortes por Dant e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades e agravos. Destacam-se como fatores de risco (FR) para as doenças crônicas: o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, a inatividade física. Para as violências e os acidentes citam-se como principais fatores de risco: o uso abusivo de bebidas alcoólicas e o excesso de velocidade.

Data de início

2003

Instrumento legal

- Portaria GM/MS nº 2.608, de 28, de dezembro de 2005: define recursos do teto financeiro de vigilância em saúde para incentivar estruturação de ações de vigilância e de prevenção de Dant.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O cenário epidemiológico das Dants no País demonstrava a necessidade de que esforços deviam se concentrar na promoção à saúde, no desenvolvimento da vigilância, da prevenção, do controle e da avaliação das ações, dos programas e das políticas a serem implantados no SUS em articulação com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com parceiros de diversos órgãos de governo, da sociedade civil, das organizações não governamentais (ONGs), além das instituições de ensino e de pesquisa.

Existem acordos internacionais envolvendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os países para a priorização de ações de promoção à Saúde e de prevenção dessas doenças, com o compromisso de reduzir a incidência de Dants em 2% ao ano

até 2015. Em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizará assembleia sobre o tema com o objetivo de fazer com que os países assumam o compromisso de realizar ações afirmativas em prol dessa redução.

Resultados

- Realização de entrevistas telefônicas: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), feita anualmente desde 2006 para fornecer informações e estimativas para a vigilância e a prevenção de Dant.
- Implantação da Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (2004): antes de 2003 não existia nenhum núcleo financiado. Em 2004, foram financiados 40 núcleos.
- Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) no SUS: realização de três inquéritos de violências e acidentes (2006, 2007 e 2009). Implantação da notificação compulsória de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (2006). Nas situações de violência doméstica, sexual e/ou autoprovocadas também a notificação compulsória foi implantada em relação aos homens adultos. Até 2002, inexistia a notificação de violências registradas em um sistema da saúde. O número de municípios notificantes passou de 39 (2006) para mais de 300 (2009).

Prevenção dos acidentes de trânsito

Objetivo

- Reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes dos modos de viver e da saúde. Considerando que é no setor saúde que se verificam muitos dos impactos causados pelos acidentes de trânsito como: despesas com assistência em saúde, carga das perdas precoces de vidas humanas, sequelas físicas e psicossociais e as demandas para a atenção e a reabilitação da saúde. Os acidentes de trânsito configuravam-se como grande problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade entre jovens, principalmente do sexo masculino. É a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e de pessoas acima de 40 anos. Na faixa etária de 15 a 39 anos é a segunda causa de morte.

Data de início

2008.

Instrumento legal

Não se aplica.

Participação e controle social

Participação do Ministério da Saúde no Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, com representantes dos setores governamentais e não governamentais, em que foi amplamente discutida a Lei nº 11.705, de 2008, antes de ser encaminhada para votação no Congresso Nacional. Participação no Movimento Nacional pela Democratização no Trânsito, no Conselho Nacional do Trânsito e na Câmara Temática de Saúde e Meio Ambiente.

Modelo de gestão

Utiliza-se o planejamento participativo, no qual os diversos atores sociais, incluindo a própria população, constroem seus planos locais e regionais, atendendo às suas especificidades e particularidades e à intersectorialidade. Tal compromisso implica o estabelecimento de parcerias, com responsabilidades compartilhadas nas ações de prevenção e de promoção da redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

As análises de situação e de tendências demandaram a necessidade de ampliação e de implementação das ações desenvolvidas no setor saúde no que diz respeito às ações de prevenção e de promoção. Em relação às políticas anteriores (até 2002), o foco das ações do setor de saúde era a assistência às vítimas do trânsito. A partir de 2003, passou a ser o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção, investindo-se na implementação, no monitoramento e na avaliação da Lei nº 11.705, de 2008, a Lei Seca.

Em relação às políticas existentes, outra prioridade foi a ampliação das ações de prevenção para os municípios de pequeno e médio portes, tendo em vista o aumento na taxa de mortalidade no trânsito nesses municípios, o que tem sido feito mediante financiamento de projetos na área de promoção da saúde, incluídos aí as ações de redução da mortalidade por acidentes.

Resultados

- Queda de óbitos no trânsito: no segundo semestre de 2007 foi de 37.161 e no segundo semestre de 2008, de 34.859.
- Nas capitais, as internações decorrentes de acidentes de trânsito caíram de 105.904, no segundo semestre de 2007, para 81.359, no segundo semestre de 2008.

Reformulação da vigilância em saúde ambiental

Vigilância em saúde ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

O Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009, oficializou a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde, consolidando o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), na esfera da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Juntamente com a consolidação do DSAST, foi proposta uma reorganização/ampliação das ações da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, com o fortalecimento de suas áreas técnicas.

Objetivo

A Vigilância em Saúde Ambiental tem como objetivo proteger e promover a saúde humana e colaborar na proteção do meio ambiente, por meio de um conjunto de ações específicas e intersetoriais no enfrentamento dos determinantes socioambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes diversos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população sob a ótica da sustentabilidade.

Instrumentos legais

- Decreto nº 4.726, de 2003, IN SVS nº 01, de 2005
- Decreto nº 6.860, de 2009
- Portaria nº 3.252, de 2009
- Decreto nº 7.135, de 2010

Participação e controle social

A participação da vigilância em saúde ambiental foi incorporada de forma técnica e qualitativa aos processos de negociação e na implementação dos instrumentos que possuam interfaces com a saúde e o ambiente. A organização dessa participação é uma iniciativa que deverá ser empreendida de forma sistemática pela vigilância em saúde ambiental, buscando uma atenção especial à prevenção dos riscos ambientais decorrentes de projetos de desenvolvimento promovidos por diversos setores, de maneira que contemplem ações dirigidas ao desenvolvimento sustentável, à diminuição das iniquidades e à melhoria dos ambientes e da qualidade de vida.

Promoção da 1ª Conferência Nacional em Saúde Ambiental (CNSA), para a qual, de junho a dezembro de 2009, foram realizadas 466 conferências, sendo 293 municipais, 146 regionais, 26 estaduais, uma distrital, além de três seminários nacionais preparatórios e, por fim, a própria etapa nacional. Esse processo mobilizou mais de 61 mil pessoas em 1.480 municípios. Participaram da etapa nacional cerca de 1,2 mil pessoas. Foram credenciados 812 delegados e houve a participação de 19 observadores internacionais, representando 13 países.

Modelo de gestão

Foram desenvolvidos mecanismos e ações estratégicas com as diferentes secretarias, agências, instituições de pesquisa, fundações e outros órgãos prestadores de serviços públicos e privados de assistência à saúde, visando à promoção da saúde, de forma a relacionar os fatores ambientais como determinantes do adoecimento.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Os riscos à saúde pública decorrentes da presença de contaminantes químicos no meio ambiente, da falta de qualidade da água para consumo humano e dos desastres de origem natural afetam milhões de pessoas. Por isso, é clara a necessidade de constante aprimoramento da atuação do setor Saúde nessas situações, uma vez que esses eventos atingem diretamente a saúde da população, especialmente as mais vulneráveis.

Além disso, a reestruturação da área promoveu a articulação das políticas e dos programas no contexto da vigilância em saúde, possibilitando o trabalho conjunto das vigilâncias epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, assim como a articulação com as políticas e com as ações dos órgãos ambientais, de saneamento e gestores de recursos hídricos, além dos órgãos de defesa do consumidor.

Resultados

- Estruturação de Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo): 3,4 mil áreas com população potencialmente exposta.
- Implantação de unidades sentinela para vigilância em saúde de crianças expostas a poluentes atmosféricos.
- Estruturação do Painel de Informações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Sistema de Informações Ambientais Integrado à Saúde (Sisam) e de Mapas Interativos de Saúde Ambiental.
- Implementação, em 20 estados, do Vigidesastres: vigilância em saúde ambiental relacionada aos riscos decorrentes de desastres naturais para reduzir a exposição da população e dos profissionais da saúde aos riscos de desastres e diminuir a incidência de doenças.
- Implementação do Vigiaqua: vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano em 3.895 municípios e ampliação de análises da qualidade da água, do parâmetro coliforme total, de 248.243 amostras para 295.527.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

Promoção da capacidade resolutiva e da humanização na atenção à Saúde – implementação de políticas de atenção à Saúde do Trabalhador –, fortalecimento e ampliação da rede nacional de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

Objetivo

Implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, por meio da disseminação e da estruturação das ações no setor na rede do SUS, em todos os níveis de atenção: de baixa, incluindo o programa de saúde da família, de média e de alta complexidades, assim como em ações de vigilância em saúde, na articulação com centros colaboradores e com centros de pesquisa e de ensino e na implantação de centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Participação e controle social

Ocorre por meio das conferências de Saúde e de Saúde do Trabalhador, dos conselhos de Saúde e comissões intersetoriais de Saúde do Trabalhador (Cist), dos conselhos gestores de unidades de Cerest, com estímulo à participação de organizações de trabalhadores e de empregadores, nas três esferas de governo.

Para a 3ª Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador, foram realizadas mais de 1,2 mil conferências municipais, regionais e estaduais e a etapa nacional em Brasília, em novembro/2005, contou com a participação de mais de quatro mil pessoas e teve a aprovação de 344 resoluções.

Modelo de gestão

É feita de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a saúde do trabalhador, além de instituições colaboradoras dessa área.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação, em 2002, com início da operacionalização em 2003, a ampliação e a atualização da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) representaram o fortalecimento da PNST, tendo sido reunidas condições para o estabelecimento de uma política de Estado e os meios para a sua execução, no sentido da articulação das ações de promoção, de

vigilância e de assistência em Saúde do Trabalhador no SUS, visando garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, bem como a busca da concretização de políticas e de ações intersetoriais envolvendo outras instituições e órgãos públicos e privados, universidades, instituições de ensino e de pesquisa, entidades representativas de trabalhadores e movimentos sociais.

Resultados

- De 2003 a 2010, foram habilitados 164 Cerest, totalizando 181, sendo 26 estaduais e 155 regionais. Encontra-se em tramitação a habilitação de oito, cujos recursos orçamentários estão garantidos. Os Cerest recebem incentivo único de R\$ 50 mil, quando da habilitação, e recursos mensais de R\$ 40 mil para os estaduais e de R\$ 30 mil para os regionais. De 2003 a 2010, foram liberados à rede em torno de R\$ 234 milhões e cerca de R\$ 5,5 milhões estão sendo repassados mensalmente.
- Em 2010, foram beneficiados 88.770.000 trabalhadores com ações no SUS. Em 2008 e 2009, foram capacitados 95% dos representantes dos conselhos de Saúde.

A Política Nacional de Segurança de Saúde do Trabalhador (PNSST) foi colocada para consulta pública. No entanto, seu processo de formalização foi descontinuado, sendo retomado em 2008 com a criação da Comissão Tripartite - Saúde e Segurança do Trabalho (CT-SST). Esta Comissão, em sua reunião ordinária de fevereiro de 2010, finalizou a proposta de política, agora denominada Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. O decreto de publicação encontra-se no aguardo de sanção presidencial.

Observatório de Determinantes Sociais da Saúde

Em 2009, foi criado o Centro de Estudos de Políticas e Informações de Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS), por indicação feita, em 2008, pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). O Cepi-DSS constituiu o Observatório para produzir, a partir de 2010, análises, cursos e relatórios para a sociedade.

Objetivo

Monitorar as iniquidades em Saúde e avaliar políticas e intervenções sobre os determinantes sociais.

Data de início

- 13/3/2006: criação da CNDSS.
- 2009: criação do Cepi-DSS na Escola Nacional de Saúde Pública.

Instrumento legal

Decreto de março de 2006: cria o CNDSS.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação da CNDSS é uma resposta ao movimento global em torno dos DSS desencadeado pela OMS, que, em março de 2005, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), com o objetivo de promover, internacionalmente, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e de populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de Saúde por eles geradas.

Resultados

Publicação com informações sobre os impactos da estrutura social, econômica e cultural sobre a saúde, além de avaliar políticas voltadas a esses temas.

Como resultado, o relatório da CNDSS apresenta propostas para garantir a abordagem dos determinantes sociais da saúde na definição e na implementação das políticas públicas.

Ver página: <http://www.determinantes.fiocruz.br>.

Programa Saúde na Escola (PSE)

Objetivo

Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, fortalecendo a relação das redes públicas de saúde. É uma política intersetorial dos ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral – prevenção, promoção e atenção – à saúde de crianças, de adolescentes e de jovens do ensino básico da rede pública brasileira.

Data de início

4/6/2008

Instrumento legal

Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O PSE foi criado em 2008, pois não havia uma política que integrasse ações de saúde com as escolas públicas e a estratégia saúde da família.

Resultados

O PSE já está implantado em 1.306 municípios, principalmente na região Nordeste. Cerca de 9.014 Equipes de Saúde da Família estão desenvolvendo as atividades previstas no Programa, o que tem beneficiado mais de oito milhões de estudantes em todo o Brasil. Mais informações no capítulo da Educação.

Projeto Olhar Brasil

É um projeto interministerial em parceria com o Ministério da Educação para propiciar condições de saúde ocular favorável ao aprendizado do público-alvo, melhorando o rendimento escolar dos estudantes do ensino público fundamental e de jovens e de adultos do Programa Brasil Alfabetizado, de forma a reduzir as taxas de evasão e de repetência.

Objetivos

- Identificar problemas visuais, relacionados à refração, em alunos matriculados na rede pública de ensino fundamental (1ª a 8ª séries), no Programa Brasil Alfabetizado, do Ministério da Educação (MEC), e na população acima de 60 anos de idade.
- Prestar assistência oftalmológica, com fornecimento de óculos nos casos de erro de refração.
- Otimizar a atuação dos serviços especializados em oftalmologia, ampliando o acesso à consulta, pelo SUS, e nos demais casos que necessitem de outras intervenções.

Data do início

2007: lançamento

Instrumentos legais

- Portaria Interministerial MS/MEC nº 15, de 24 de abril de 2007
- Portaria SAS nº 33, de abril de 2008 (revogada)
- Portaria SAS nº 254, de julho de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Os dados epidemiológicos disponíveis para o Brasil mostram que 30% das crianças em idade escolar e 100% dos adultos com mais de 40 anos apresentam problemas de refração que interferem em seu desempenho diário e, conseqüentemente, na sua autoestima, na sua inserção social e na sua qualidade de vida.

São conhecidos os altos percentuais de problemas oftalmológicos que afetam a população brasileira e a desigual distribuição dos recursos humanos e financeiros para a sua abordagem. Os problemas visuais respondem por grande parcela de evasão e de repetência escolar, pelo desajuste individual no trabalho e por grandes limitações na qualidade de vida, mesmo

quando não se trata ainda de cegueira. Alguns problemas simples, e que não são considerados com a ênfase devida, podem responder por dificuldades na desejável inclusão social de pessoas com problemas visuais. É o caso dos erros de refração, na maioria das vezes passíveis de solução com o uso de óculos.

Buscando dar respostas a esses problemas e reconhecendo as dificuldades de acesso da população brasileira não só à consulta oftalmológica, mas também à aquisição dos óculos, os ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Projeto Olhar Brasil.

Resultados

PRODUÇÃO APRESENTADA NO SISTEMA PELOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO OLHAR BRASIL

Ano	Pessoas atendidas	Valor
2008	31.007	R\$ 77.017,15
2009	219.267	R\$ 3.673.430,00
2010	220.951	R\$ 3.311.437,27

INVESTIMENTO – IMPACTO FINANCEIRO 2010/2011

	Consultas	Óculos
Programa Brasil Alfabetizado	R\$ 12.118.349,00	R\$ 15.773.755,00
Alunos do ensino fundamental	R\$ 38.051.598,00	R\$ 7.464.072,00
População idosa (acima de 60 anos)	R\$ 33.651.492,00	R\$ 32.969.132,00

Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno

Objetivos

- Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, de acordo com as recomendações da OMS de aleitamento complementado até os dois anos ou mais e exclusivo até o sexto mês.
- Fortalecer e ampliar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Fortalecer e ampliar a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.
- Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na atenção básica (Rede Amamenta Brasil).
- Monitorar os indicadores de aleitamento materno.
- Coordenar ações de mobilização social em prol do aleitamento materno.

Data de início

1981: criação

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 756, de 16 de dezembro de 2004: estabelece as normas para a habilitação do Hospital Amigo da Criança.
- Portaria GM/MS nº 2.193, de 14 de setembro de 2006: define a estrutura dos bancos de leite humano.
- Lei nº 11.265, de 2006: regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e para crianças de primeira infância.
- Portaria GM/MS de 2008: institui a Rede Amamenta Brasil.

Resultados

- De 2003 para 2010, o número de hospitais credenciados na iniciativa Hospital Amigo da Criança passou de 277 para 335. Nesse período, foram descredenciados 18 hospitais.

- Em 2010, 21% de nascimentos em hospitais amigos da criança.
- Em 2010, foram implantados 200 bancos de leite humano e 84 postos de coleta.
- Desde 2008, foram formados 1.153 tutores da Rede Amamenta Brasil, com um total de 694 unidades básicas de saúde participantes e 12.449 profissionais capacitados até novembro/2010.

LEITE HUMANO COLETADO, NÚMERO DE DOADORAS E DE CRIANÇAS BENEFICIADAS

	2003	2010
Coleta de leite humano (litros)	99.000	100.175
Número de doadoras	60.441	74.745
Crianças beneficiadas	107.000	95.685

Obs.:Dados até setembro/2010.

Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS)

Objetivo

Promover o crescimento e o desenvolvimento da criança em todo o seu potencial, com ênfase na tomada de medidas de proteção à primeira infância – considerada desde a gestação até os seis anos –, garantindo o desenvolvimento integral da criança e considerando o vínculo estabelecido entre ela e o seu cuidador.

Data de início

Outubro de 2009

Instrumento legal

Portaria GM/MS nº 2.395, publicada em 7 de outubro de 2009, sendo também criado o comitê técnico-consultivo para sua implantação.

Gestão

A EBBS é uma parceria interinstitucional do Ministério da Saúde e da Fiocruz.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Atendendo aos apelos da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde e da OMS, o Ministério da Saúde elaborou uma estratégia voltada para o enfrentamento de iniquidades na saúde da mulher e da criança de zero a seis anos. Esta etapa de vida, designada como primeira infância, considera a importância do desenvolvimento emocional primitivo como base do potencial de crescimento saudável do pequeno cidadão brasileiro. A iniciativa foi denominada Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional.

Resultados

- Realizado intercâmbio das experiências exitosas na atenção integral à primeira infância – no Rio Grande do Sul, em Pernambuco e em Belo Horizonte, Minas Gerais – e dos municípios pilotos para implementação –Rio Branco, no Acre, Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, cidade do Rio de Janeiro, Florianópolis, em Santa Catarina, e Santa Filomena e Araripina como representantes do Território da Cidadania Sertão do Araripe, em Pernambuco.
- Fortalecida a viabilidade intrainstitucional por meio de oficinas de trabalho e da constituição do Grupo Executivo Nacional da EBBS.
- Realizada visita de cooperação técnica aos seis municípios comprometidos com a fase piloto da estratégia.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como objetivo a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã com 60 anos ou mais de idade.

Objetivos

Promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social, formação e educação permanente dos profissionais de saúde, divulgação e informação para profissionais de saúde, para gestores e para usuários do SUS, promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e de pesquisas.

Data de início

10/12/2006

Instrumento legal

Portaria Ministerial nº 1.395 – Política Nacional de Saúde do Idoso, de 10 de dezembro de 1999: revogada em 19 de outubro de 2006, dando lugar à atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Participação e controle social

Instância de pactuação, controle e acompanhamento: Comissão Interministerial do Compromisso pelo Envelhecimento Ativo e Saudável, coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos, Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso do Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

Modelo de gestão

Foi implantada e implementada pelas secretarias estaduais, municipais de Saúde.

Resultados

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: distribuídas 13 milhões de cadernetas para os estados e municípios de 2007 até outubro/2010.
- Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: distribuídos 80 mil cadernos de 2008 até outubro/2010.
- Curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa na metodologia de educação a distância: capacitados 500 profissionais do SUS, nas regiões Norte e Nordeste. Firmado novo convênio com o objetivo de capacitar dois mil profissionais das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste até o final de 2011.
- Oficinas estaduais de prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em pessoas idosas: realizadas 24 oficinas nas 27 unidades da federação (UF).
- Índice de vacinação mantido em pelo menos 80% da população idosa.
- Qualificados como cuidadores de idosos 1.740 pessoas, em 2008/2009.
- Realizadas 2.335.065 consultas oftalmológicas em idosos e fornecidos 19.161 óculos, em 2008, por meio do Projeto Olhar Brasil.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Objetivo

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade, e a atuação nos aspectos socioculturais dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Data de início

1º/1 /2007

Instrumento legal

- Portaria GM nº 1.944, de 27, de agosto de 2009: institui a Política no âmbito do SUS.

Participação e controle social

Entre abril e junho de 2008, foi realizada uma série de seminários com sociedades médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes dos conselhos de secretários estaduais e municipais de Saúde e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens. A Política resulta, em grande parte, dos consensos obtidos naqueles eventos, considerando, com a máxima fidelidade possível, um conjunto de ideias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e pela execução das ações.

Modelo de gestão

As responsabilidades institucionais estão definidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A Política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um dos principais objetivos da Política é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Outro foco é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Esse conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do SUS – e com as estratégias de humanização, fortalecendo as ações e os serviços em redes e os cuidados com a saúde.

Nesse sentido, a Atenção Integral à Saúde do Homem (ATSH) tem desenvolvido ações para:

- Promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e com a saúde de sua família.
- Captar precocemente a população masculina na prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e aos cânceres, entre outros agravos recorrentes.
- Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.
- Capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino.
- Estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade.
- Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica.
- Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV.
- Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária.
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, de travestis, de transexuais, de trabalhadores rurais, de homens com deficiência e daqueles em situação de risco, assim como dos que se encontram em situação carcerária, dentre outros.

- Estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas.
- Ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina.
- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição etnoracial nas ações socioeducativas.
- Estimular, na população masculina, o autocuidado com a saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis.
- Aperfeiçoar os sistemas de informação, de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

Resultados

- Implantação da política nacional e do plano de ação nas 27 UFs e em 80 municípios prioritários.
- Cobertura de 27% da população-alvo total com consultas, exames e cirurgias, em 80 municípios prioritários, aproximando-se de 15.366.265 homens na faixa etária de 20 a 59 anos, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- Aumento de 20% no número de ultrassonografia de próstata em relação a 2009.
- Realização, em 2009, de 34.144 cirurgias de vasectomia. Em 2003, foram 19.103.
- Critérios de identificação dos municípios prioritários:
 - ✓ Adesão ao Pacto pela Saúde.
 - ✓ Cobertura da Estratégia da Saúde da Família de, no mínimo, 50%.
 - ✓ Disponibilidade de serviços de média e de alta complexidades, com atendimentos e procedimentos voltados para a população masculina.
 - ✓ Cumprimento de ações estratégicas dos eixos temáticos determinados no plano de ação nacional (2009-2011).
 - ✓ Municípios acima de 100 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE, de 2008.

Expansão e qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)

Orientação técnica e apoio financeiro aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal para implantação, qualificação e custeio dos Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivo

Fomentar a expansão e a qualificação da rede de atenção psicossocial nos estados e nos municípios, tomando os Caps como unidades estratégicas para a reorientação da lógica do cuidado às pessoas com transtornos mentais – do cuidado centrado em hospitais psiquiátricos ao cuidado nos serviços de atenção comunitária.

Instrumento legal

Lei nº 10.216, de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Participação e controle social

A Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde é o espaço formal e público de diálogo dos movimentos sociais, de usuários e de outras entidades com o Ministério da Saúde. Associações profissionais, movimentos sociais e gestores do SUS têm assento na Comissão, cuja composição é definida pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde.

Modelo de gestão

O Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental é a principal instância de articulação democrática do processo de gestão. Trata-se de um colegiado de gestores, que, em reuniões regulares – duas reuniões anuais previstas –, discute os desafios os avanços e as prioridades, estabelecendo pactuações tripartites – União, estados e municípios. O colegiado é composto pelas coordenações federal e estaduais de Saúde Mental, além das coordenações de capitais, de municípios com mais de 300 mil habitantes e de municípios com grande concentração de leitos. Participam, também, representações do Conselho Nacional de

Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), um observador do Conselho Nacional de Saúde, consultores e técnicos do Ministério da Saúde.

Resultados

No período de 2002 a agosto de 2010, a cobertura assistencial no País passou de 21% para 63%. Ao final de 2002, o Brasil contava com 424 Caps e 21% de cobertura – 0,21 Caps por 100 mil habitantes. A rede de atenção psicossocial do SUS contava, em agosto de 2010, com 1.541 Caps, que oferecem cobertura a 63% da população brasileira – 0,63 Centros por 100 mil habitantes.

Os Caps especializados para a atenção à infância e ao adolescência (CAPSi) e para os transtornos devidos ao uso abusivo de álcool e de outras drogas (CAPSad) ainda são poucos no País, assim como os serviços 24 horas (Caps III). As dificuldades de expansão devem-se ao fato de se apresentarem como inovações e tecnologias complexas, além da escassez de recursos humanos, de psiquiatras, por exemplo. Em municípios maiores, os custos dos serviços são elevados. Quanto aos pequenos e aos médios municípios, os dados indicam um vigoroso processo de interiorização dos Caps I e II ao longo dos anos.

De 2002 a agosto de 2010, foram financiados, por meio de repasses fundo a fundo, 639 projetos de qualificação dos Centros (supervisão clínico-institucional). Estudos de avaliação, já publicados ou em andamento, vêm demonstrando a boa efetividade do dispositivo Caps no atendimento aos transtornos mentais severos, especialmente quando apresentam boa articulação com a atenção primária e com leitos de retaguarda – em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos de melhor desempenho.

SÉRIE HISTÓRICA DE CAPS IMPLANTADOS POR TIPO – 2002 A AGOSTO DE 2010

Ano	Caps I	Caps II	Caps III	CAPSi	CAPSad
2002	145	186	19	32	42
2003	173	209	24	37	57
2004	217	237	29	44	78
2005	279	269	32	56	102
2006	437	322	38	75	138
2007	526	346	39	84	160
2008	618	382	39	101	186
2009	686	400	46	112	223
2010*	720	407	50	122	242
Crescimento (%) (2002 - 2010)	396,55	118,82	163,16	281,25	476,19

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde.

* Agosto de 2010.

Expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, com ênfase no componente relacionado ao tratamento do consumo de álcool e a outras drogas

Presta orientação técnica e apoio financeiro aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal para ações relacionadas ao tratamento para usuários de álcool e de outras drogas.

Pertencem à rede de atenção à saúde mental os seguintes serviços, programas e ações:

- Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)
- Ações de saúde mental na atenção básica
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)
- Projetos de Consultório de Rua (PCR)
- Escola de Redução de Danos (ERD)
- Projetos de Redução de Danos (PRD)
- Casas de Acolhimento Transitório (CAT)
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
- Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais

Objetivo

Fomentar a expansão da Rede de Atenção Psicossocial no País, tomando os referidos dispositivos de atenção como estratégicos para o tratamento dos usuários de álcool e de outras drogas.

Data de início

Em 2003, com a instituição da Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, as ações foram ampliadas efetivamente a partir de orientações técnicas para auxiliar na implantação/expansão da rede de atendimento.

Modelo de gestão

Igual à dos Caps. A Coordenação de Saúde Mental também é responsável pelas ações relacionadas ao tratamento de usuários de álcool e de outras drogas no SUS.

Resultados

- Aumento, de 2002 a junho de 2010, de 476% no número de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Brasil, passando de 42 para 242 centros.
- Aumento dos recursos repassados pelo MS a estados e a municípios para a manutenção de CAPSad de R\$ 510 mil, em 2002, para R\$ 39 milhões, em 2009.
- Criação de novos dispositivos para ampliar o alcance das ações, especialmente para as populações que têm acesso limitado ao SUS – como as populações em situação de rua. Nesse sentido, a implantação dos 34 consultórios de rua, que trabalham com equipes multidisciplinares e contam com o apoio de um veículo, revelou-se um mecanismo importante de intervenção direta no ambiente onde as pessoas estão e uma ponte para encaminhamentos a outras unidades de saúde, quando necessário.
- Realização de pesquisas: Edital de Pesquisa MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 33, de 2008, que contempla linha de pesquisa específica sobre álcool e outras drogas, incluindo o crack.
- Implantação de 12 projetos-piloto da Escola de Redutores de Danos: R\$ 600 mil investidos, 72 redutores de danos em treinamento, 12 auxiliares de apoio técnico em treinamento, 12 supervisores, com estimativa de seis mil usuários atendidos.
- Projetos de Redução de Danos: 24 projetos em implantação.
- Lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack: ampliação dos leitos para atendimento a usuários de crack e de Nasf para municípios com até 20 mil habitantes, implantação de Caps III AD e amplo programa de formação dos profissionais na área.

Expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental e a usuários de álcool e de outras drogas (excluídos os Caps)

Orientação técnica e apoio financeiro aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal para implantação e para a qualificação da rede de atenção à saúde mental e a usuários de álcool e de outras drogas, excluídos os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Pertencem à rede de atenção à saúde mental os seguintes serviços, programas e ações:

- Ações de Saúde Mental na Atenção Básica
- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais
- Leitos Psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos
- Programa de Volta para Casa
- Programas de Inclusão Social pelo Trabalho
- Ambulatórios

Objetivo

Fomentar a expansão da Rede de Atenção Psicossocial nos estados e nos municípios, tomando os referidos dispositivos de atenção como estratégicos para a reorientação da lógica do cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Data de início

Foram criados a partir de 2003 o Programa de Volta para Casa, Lei nº 10.708, de 2003, e os programas de Inclusão Social pelo Trabalho e de Arte, Cultura e Renda.

Participação e controle social

A Política Nacional de Saúde Mental possui diversos grupos de trabalho (GT) que têm representação de usuários, de seus familiares e de movimentos sociais – GT de usuários e de familiares, GT sobre Redução de Danos, dentre outros.

Modelo de gestão

O colegiado de coordenadores de saúde mental é a principal instância de articulação democrática do processo de gestão da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. É realizado convênio com os estados e parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Resultados

Ações de Saúde Mental na Atenção Básica:

- Nasf: 1.165 núcleos estão em funcionamento, de acordo com dados de abril de 2010. Dos 6.895 trabalhadores desses núcleos, 2.123 são profissionais do campo da saúde mental, aproximadamente 30%. A informação indica que os gestores municipais e estaduais continuam priorizando os profissionais de saúde mental para as possibilidades de contratações nos Nasf.
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs): no final de 2002 eram 85 SRTs e em agosto de 2010, 564.
- Leitos de atenção integral em hospitais gerais: 2.568 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A expansão e a qualificação de leitos de atenção integral à saúde mental nos hospitais gerais ainda é um grande desafio para a rede de saúde mental. Para estimular a qualificação desses leitos houve reajuste dos procedimentos para a atenção em saúde mental nos hospitais gerais ao final de 2009 – Portaria GM nº 2.629, de 2009. A partir da Portaria, pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em hospitais gerais passam a ser melhor remunerados do que os procedimentos em hospitais psiquiátricos.
- Leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos: considerando a reorientação do modelo de assistência, houve redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos com o fechamento de 15.967 leitos no período de 2002 a 2009, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, passando de 51.393 para 35.426. Importante salientar também a mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos. Hoje, 44% dos leitos estão situados em hospitais de pequeno porte (até 160 leitos), enquanto que, em 2002, 24% dos leitos estavam nesses hospitais.
- Programa de Volta para Casa: em 2003 eram 206 beneficiários e em setembro de 2010, 3.574.
- Programas de Inclusão Social pelo Trabalho: crescimento de 262%. O número de iniciativas de geração de trabalho e renda passou de 151, em 2005, para 395, em agosto de 2010. A parceria entre os ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego permitiu a criação de uma política de incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, gerando 244 novas iniciativas.
- Ambulatórios: 860 ambulatórios públicos de saúde mental em todo o País em novembro de 2010.
- Investimentos: aumentaram de R\$ 619,2 milhões, em 2002, para R\$ 1,5 bilhão, em 2009.

Saúde do adolescente e do jovem

O Programa elabora políticas e diretrizes específicas de saúde para a população adolescente e jovem, bem como sistematiza, integra e amplia as ações em prol do bem-estar e da qualidade de vida, assessorando secretarias de Saúde estaduais e municipais, bem como ministérios e instituições. Sua população-alvo é de aproximadamente 51 milhões de pessoas na faixa etária de 10 a 24 anos, o que corresponde a 26,6% da população.

Objetivo

Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, dando maior visibilidade às suas especificidades e demandas em saúde por meio de políticas integradas e intersetoriais.

Participação e controle social

Por meio do Conselho Nacional de Juventude e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

Modelo de gestão

O Colegiado de Coordenadores de Saúde do Adolescente e do Jovem é a principal instância de articulação democrática do processo de gestão da política nacional. Em reuniões anuais, discutem os desafios, os avanços e as prioridades, estabelecendo pactuações tripartites – União, estados e municípios. É composto pelas coordenações de Saúde do Adolescente e do Jovem federal, estaduais e das capitais. Participam, também, consultores e técnicos do Ministério da Saúde.

A aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens no Conselho Nacional de Saúde e a pactuação das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde na Comissão Intergestores Tripartite são outras formas de gestão.

Por fim, houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em conjunto com o Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres e Secretaria Especial de Direitos Humanos.

Resultados

- Instituição do Programa Mais Saúde na Escola, em 2008.
- Aumento do uso de preservativos para 65,8% dos indivíduos entre 16 e 19 anos, em 2005. Em 1998, o índice era de 47,8%, segundo Pesquisa sobre Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV e AIDS, de 1998-2005, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap).
- Diminuição em 34,6% dos partos no SUS na faixa etária de 10 a 19 anos, no período de 2000 a 2009.
- Atendimento de 26 equipes de Saúde a aproximadamente 1.438 adolescentes privados de liberdade, sendo repassado às secretarias estaduais de saúde das capitais e/ou municípios o incentivo de R\$ 1.576.200,00, entre 2006 e jul/2010.
- Distribuição de quatro milhões de Cadernetas de Saúde de Adolescentes em 531 municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE), compreendendo 1.420 Equipes de Saúde da Família e 718 unidades básicas de saúde, como ação fundamental da implantação das Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens em seu eixo crescimento e desenvolvimento saudáveis.
- Capacitação de três mil adolescentes e jovens, na faixa etária entre 15 a 24 anos, em promoção da saúde, por meio do curso de Educação a Distância (EAD) Atitude Saúde.
- Capacitação de aproximadamente 900 profissionais de saúde e de 100 adolescentes para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, por meio de curso em EAD, presenciais e de convênios firmados.

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)

Prevê ações de atenção básica de saúde em estabelecimentos penais. São implantadas, a cargo dos estados ou dos municípios, equipes de saúde compostas por cinco profissionais de saúde de nível superior e por um de nível médio. Cada equipe é responsável por 500 pessoas e é repassado mensalmente incentivo financeiro para as ações de Saúde.

Objetivo

Possibilitar o acesso das pessoas privadas de liberdade às ações e aos serviços de saúde, visando à redução de agravos e danos causados pela situação de confinamento, além de contribuir para a reinserção social.

Data de início

9/9/2003

Instrumento legal

- Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003

Participação e controle social

Comissão de Acompanhamento das Ações de Saúde no Sistema Penitenciário, prevista no PNSSP, com a seguinte representação: Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde (MS), Conselho Nacional

de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), Secretaria Nacional de Justiça, do Ministério da Justiça (MJ), Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP/MJ). Até final de 2010, espera-se a ampliação da composição dessa Comissão, quando serão incluídos representantes da sociedade civil, além de outros órgãos de governo que têm interface com essa política.

Modelo de gestão

A gestão do PNSSP é feita pelas secretarias de estado/município de Saúde e de Justiça, ou assemelhados.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O PNSSP foi criado para incluir a população penitenciária no SUS, na perspectiva de acesso a ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de diagnóstico e de tratamento de agravos, considerando as condições de confinamento, propícias ao surgimento/agravamento de doenças. A Lei de Execuções Penais (LEP), Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, já previa a assistência médica, entre outros benefícios, às pessoas privadas de liberdade. Entretanto, tal assistência não tinha nenhuma participação do setor saúde, nem a perspectiva de integralidade e de universalidade, inseridas como diretrizes para a saúde com a criação do SUS.

Resultados

As 238 equipes de saúde implantadas nas 212 unidades penitenciárias abrangem cerca de 130 mil pessoas, o que corresponde a um terço da população penitenciária brasileira.

São repassados recursos, a título de incentivo financeiro para custeio das ações de saúde no sistema penitenciário, na modalidade fundo a fundo, sendo 70% do Ministério da Saúde e 30% do Ministério da Justiça.

B) ATENÇÃO À SAÚDE

Nos últimos sete anos, além da melhoria na prestação direta e imediata de serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem promovendo a inclusão e a justiça social ao ampliar o acesso dos cidadãos a uma rede integrada de ações e de programas de atenção integral à saúde da população.

A ênfase na articulação entre Governo Federal, estados e municípios – cogestores e financiadores do SUS – fortaleceu o Sistema para enfrentar os desafios no processo de reorganização.

A decisão de fortalecer a Estratégia Saúde da Família como principal porta de entrada para o Sistema resultou na ampliação das ações de atenção e de prevenção à saúde e na melhoria de indicadores, como a redução da mortalidade infantil. Aliada ao fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), a criação do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (Samu 192), em 2003, foi decisiva para a integração da rede de atenção à saúde. Tornou mais ágil o deslocamento dos pacientes e aprimorou o acolhimento nos hospitais, racionalizando e desafogando o atendimento, além de proporcionar, em casos extremos, atenção de urgência nas residências.

Com o objetivo de melhorar e de eliminar as filas nas emergências dos hospitais, em 2003 foi lançada a Política Nacional de Atenção às Urgências, que integra a rede e coloca à disposição da população serviços mais próximos de sua residência. Com as centrais de regulação do Samu, quando uma ambulância é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levarão o paciente.

Nesse modelo, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) consolida a estratégia. São estruturas abertas 24 horas por dia, sete dias da semana, que podem resolver grande parte das urgências e das emergências. A UPA consegue dar solução para mais de 97% dos casos, sendo os demais encaminhados para hospitais de referência.

Um dos pilares para melhorar o atendimento é o fortalecimento da atenção básica, que pode resolver cerca de 80% dos problemas de saúde. O PSF está presente em 94,6% dos municípios – dado de março 2010. Isso significa que 97,3 milhões de brasileiros – ou mais da metade da população – já têm acesso aos profissionais da Estratégia, ao encaminhamento para consultas e para exames, ao acompanhamento do estado de saúde e à orientação sobre prevenção de doenças e promoção de saúde.

O maior avanço, entre 2003 e 2009, em relação à cobertura populacional ocorreu no Nordeste: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua em 99,4% dos municípios e beneficia 71,6% da população, 38 milhões de pessoas.

À ESF e ao Samu soma-se iniciativa considerada determinante no processo de reestruturação dessa rede de atenção integrada que é o Brasil Sorridente, criado em 2004, ampliando o acesso da população à assistência odontológica, pois, até

então, não havia ações nem investimentos específicos para os cuidados com a saúde bucal dos brasileiros. O impacto direto foi o aumento da cobertura do atendimento de saúde bucal, que saltou de 35,8 milhões para 91,3 milhões de pessoas, entre 2003 e 2010.

Os brasileiros agora têm diagnóstico e tratamento odontológico feitos pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), que atuam nos municípios e atendem em Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Existem hoje 19.349 equipes de Saúde Bucal em 85,3% dos municípios. O aumento é significativo em relação a 2003, quando 6.170 equipes cuidavam de 35,8 milhões (20,2%) da população brasileira. Outro ganho importante para a população foi a ampliação do acesso a próteses dentárias totais no SUS. Em 2005, foram produzidas 39.663. No início de dezembro de 2009, já eram 100.612. Houve também crescimento no número de laboratórios regionais de próteses dentárias – passando de 36, em 2005, para 530, até 2010.

Outras medidas resultaram na ampliação do acesso da população a consultas, a exames e a procedimentos de média e de alta complexidades. O aumento da expectativa de vida da população e a mudança do perfil das doenças vêm intensificando nas últimas décadas a pressão sobre o sistema público de saúde por consultas, por exames e por outros procedimentos mais complexos nas áreas de cardiologia, de urologia, de neurologia, dentre outros.

Apesar do histórico subfinanciamento crônico, o Sistema Único de Saúde vem se fortalecendo cada vez mais, para absorver as consequências do envelhecimento dos 190 milhões de brasileiros, sendo que 80% deles dependem exclusivamente da rede pública. Aumentou em 136,5% o repasse de recursos para estados e para municípios reforçarem o atendimento e o tratamento de doenças. Além disso, até o fim de 2010, especialistas revisarão todos os 53 protocolos de tratamento existentes e elaborarão outros 33, totalizando 86. Assim, ainda haverá a inclusão de novas drogas. O trabalho é coordenado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Em 2009, o Governo realizou cerca de 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais, incluindo cirurgias, contra 1,9 bilhão em 2003 – aumento de 68,4% em sete anos. No mesmo período, as consultas médicas saltaram de 387,4 milhões para 453,7 milhões – crescimento de 17,11%. No período, o número de transplantes aumentou quase 60%, de 12,7 mil para 20,2 mil.

Os pacientes com câncer ampliaram o tratamento. Em 2003, o SUS realizou 7,3 milhões de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia. Seis anos depois, fez 9,6 milhões, crescimento de 31,5%. Hoje, são oferecidos 1.364 procedimentos de alta complexidade, que envolvem tecnologia de ponta e custos mais elevados.

Nos últimos sete anos, aumentou em 98% o repasse de recursos para a realização de procedimentos como esses, de R\$ 4,2 bilhões, em 2003, para R\$ 8,3 bilhões, em 2009. Com o objetivo de qualificar a atenção e os serviços oferecidos à população, também foi reajustado o valor de 1.502 procedimentos de média e de alta complexidades na tabela do SUS, com impacto financeiro anual de R\$ 1,6 bilhão.

Foram credenciados 6.293 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nesse período. O investimento na ampliação de leitos de UTI soma R\$ 414,4 milhões até março de 2010. Além das 471 novas unidades anunciadas em 2010, vai ser fortalecida e ampliada a rede pública de UTIs. Ainda, até o final deste ano, serão investidos R\$ 270 milhões para a criação de novos leitos. O Governo Federal destinará a todos os 26 estados brasileiros, além do Distrito Federal, 6.140 equipamentos – respiradores, monitores e oxímetros – para fortalecer a rede no enfrentamento da gripe H1N1. Com os equipamentos, os gestores municipais poderão utilizá-los para equipar ou para implantar até 1.886 leitos.

Outra frente de investimento é para o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na região Nordeste e na Amazônia Legal, cuja meta é reduzir a mortalidade em 5% ao ano nessas localidades. Para isso, estão previstos 607 leitos de UTI neonatal e 1.279 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal. Além disso, foram incorporados recursos financeiros ao teto de estados e de municípios no montante anual de R\$ 2,4 bilhões para a expansão da oferta e da rede de serviços, como também para a redução de desigualdades regionais.

Entre 2003 e 2009, o número de transplantes realizados no Brasil aumentou 59,2% – passando de 12,7 mil para 20,2 mil. Além da solidariedade do brasileiro em doar órgãos, houve no período um conjunto de ações para estimular o procedimento, como a realização anual de campanhas publicitárias, o aumento dos investimentos na área e a revisão dos valores pagos em procedimentos.

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos de Média Complexidade para ampliar a oferta de cirurgias eletivas – aquelas que não têm caráter de urgência. Inicialmente, estavam previstos 17 tipos de cirurgias, inclusive aquelas realizadas anteriormente em mutirões, como as de catarata, varizes, próstata e retinoplastia diabética. Mas foi possível ir além: o SUS ampliou para 90 o número de procedimentos realizados.

Cirurgias para tratar de glaucoma congênito e de incontinência urinária foram incluídas, assim como o procedimento para retirada completa da mama e a plástica nas mamas para fins não estéticos, entre outras. Os investimentos em operações do coração, entre 2003 e 2009, aumentaram 71,6%. No ano passado, os recursos aplicados ultrapassaram R\$ 1,2 bilhão. O aumento no gasto se deveu à ampliação do valor de remuneração dos procedimentos e ao crescimento do número de cirurgias realizadas.

Em 2003, foram investidos R\$ 905,7 milhões em procedimentos hospitalares, em tratamentos e em cirurgias de câncer. Em 2009, o investimento foi da ordem de R\$ 1,7 bilhão. A atual gestão realizou uma distribuição de recursos mais justa entre os estados. Elevou o repasse para as regiões mais carentes, aproximando o valor investido por habitante daqueles que outras localidades do País recebem.

O Governo Federal, assim, vem corrigindo distorções históricas no financiamento da saúde. Entre 2003 e abril de 2010, elevou em 115,7% os recursos disponíveis para uso dos gestores nos estados e nos municípios em procedimentos médicos, dos mais simples aos mais complexos – o chamado teto Média e Alta Complexidade (MAC). O investimento nacional saiu de R\$ 12,3 bilhões para R\$ 26,6 bilhões. O maior crescimento proporcional no repasse de recursos foi na região Norte, onde o investimento em procedimentos de média e de alta complexidades subiu 170,2% – passando de R\$ 641 milhões, em 2003, para R\$ 1,7 bilhão, em 2009. Os estados da região Nordeste também tiveram um aumento proporcionalmente maior que o da média nacional: 140,1%. Em 2003, foi repassado R\$ 2,9 bilhões e, em 2009, R\$ 7 bilhões.

Política Nacional de Atenção Básica

Objetivos

Organizar e regular o modelo de atenção primária do País, promovendo atenção ao usuário, compreendendo a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Data de início

28/3/2006

Instrumento legal

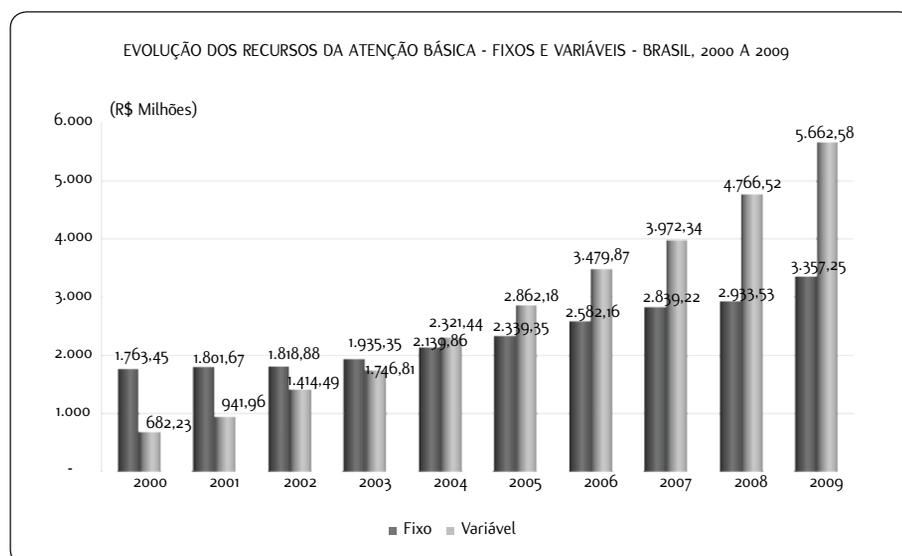
Portaria nº 648/GM, de março de 2006

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A Política Nacional de Atenção Básica define como modelo prioritário de organização da atenção primária a Estratégia Saúde da Família. Anteriormente, era em forma de programa, mas tornou-se uma política nacional no marco do Pacto de Gestão do SUS.

Resultados

- Aumento no número de equipes de Saúde da Família de 19.068, em 2003, para 31.423 e um total de 243.022 agentes comunitários no País, com a cobertura de 51% da população, em outubro/2010.
- Crescimento da cobertura do Programa de Saúde da Família em 56,1%, desde 2003. Isso significa que, a cada ano, 5,8 milhões de pessoas passaram a se beneficiar da Estratégia, presente em 99,4% dos municípios brasileiros (agosto/2010).
- Aumento do piso da atenção básica em 50%, passando de R\$12,00, em 2003, para R\$18,00, em maio de 2010. Os incentivos da atenção básica triplicaram, indo de R\$ 3,1 bilhões, em 2003, para R\$ 9,6 bilhões, em 2009.



**EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO FEDERAL, PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB) FIXO E PAB
VARIÁVEL – INCENTIVO A EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA – BRASIL, 2003 A 2010**

Ano	PAB				ESF			
	Per capita mínimo	Estimativa IBGE	Valor anual	% de aumento	Valor p/ Equipe (min -> máx)	Nº ESF*	Valor anual	% de aumento
2003	R\$ 10,00	2002	1.935.352.334,37	-	2.801,00 -> 5.400,00	19.068	1.035.950.680,00	-
2004	R\$ 13,00	2003	2.139.855.966,06	11%	2.801,00 -> 8.100,00	21.232	1.361.656.019,00	31%
2005	R\$ 13,00	2003	2.339.346.189,53	9%	5.400,00 -> 8.100,00	24.562	1.608.243.550,50	18%
2006	R\$ 13,00	2005	2.582.156.532,76	10%	5.400,00 -> 8.100,00	26.729	1.934.993.588,00	20%
2007	R\$ 15,00	2005	2.839.220.274,51	10%	5.400,00 -> 8.100,00	27.324	2.077.740.100,00	7%
2008	R\$ 15,00	2006	2.933.534.527,31	3%	6.000,00 -> 9.000,00	29.300	2.280.575.900,00	10%
2009	R\$ 17,00	2008	3.357.252.550,42	14%	6.000,00 -> 9.000,00	30.328	2.694.328.000,00	18%
2010	R\$ 18,00	2009	2.878.682.361,80**	-	6.400,00 -> 9.600,00	31.565**	2.337.147.600,00**	-

(*) Número de equipes em dezembro de cada ano.

(**) Considera Informações até outubro/2010.

De junho/2005 até junho/2010, o número de famílias acompanhadas pelo Bolsa Família passou de 5,5 milhões para aproximadamente dez milhões. No primeiro semestre de 2010, o total de famílias acompanhadas foi de 6.765.524 (68%) do total.

A cada 10% de aumento de cobertura da Saúde da Família há uma redução de 4,6% na mortalidade infantil. Este índice é mais significativo do que o determinado pelo aumento do número de leitos hospitalares, de renda e de saneamento, perdendo apenas para a escolaridade materna, segundo (estudo publicado no *Journal Epidemiology and Community Health*).

O impacto da Saúde da Família sobre a mortalidade infantil foi mais forte nos municípios com mais baixos índices de desenvolvimento humano e maior cobertura da ESF (AQUINO et al., 2008).

Nos municípios com Saúde da Família, entre 1999 e 2007 houve uma redução de 24% nas taxas de internações hospitalares sensíveis à atenção primária (OLIVEIRA, 2010).

Analisando dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do SUS (Datasus) e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), foram encontradas evidências do alto custo-efetividade da Estratégia Saúde da Família, particularmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e também nos municípios com alta proporção de população rural e com baixa cobertura de infraestrutura de saúde pública – acesso a água tratada e a sistema de saneamento. Além de efeitos sobre a mortalidade, foram comprovados efeitos da melhoria da condição de saúde sobre as condições de vida da população (ROCHA; SOARES, 2009).

A oferta do pré-natal é semelhante entre as mulheres com vulnerabilidade de renda do Bolsa Família e as demais gestantes brasileiras, inclusive da saúde suplementar (AQUARES – UFPel. Brasil, 2009).

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

Objetivo

Garantir as ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com a ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS.

Data de início

2003

Instrumentos legais

- Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006
- Portaria nº 600, de 23 de março de 2006

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Até 2003, não havia uma marco regulatório para a atenção à saúde bucal, e foi neste ano que a política de saúde bucal no País foi criada para ampliar a resolutividade das equipes de saúde bucal existentes e para estender o acesso e a cobertura onde as equipes ainda não estavam formadas.

Resultados

- 20.103 equipes de Saúde Bucal.
- 853 Centros de Especialidades Odontológicas (outubro/2010)

Núcleo de Apoio à Saúde da Família**Objetivo**

Criar os núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que permitem a ampliação da resolução das Equipes de Saúde da Família com a possibilidade de inserir outras categorias profissionais nesse nível de atenção.

Data de início

24/1/2008

Instrumento legal

Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Instituído para ampliar as ações e a resolutividade das Equipes de Saúde da Família, incorporando outras profissões nesse nível de atenção.

Resultados

Implantados 1.250 Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 806 municípios, dados de novembro/2010.

Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para a Estratégia Saúde da Família**Objetivo**

Regulamentar e possibilitar o financiamento fundo a fundo para a construção de unidades básicas de Saúde do Programa Saúde da Família.

Data de início

Setembro de 2009

Instrumento legal

Portaria nº 2.226, de setembro de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Criado para alterar a forma de financiamento de construção de unidades básicas de Saúde (UBS) e para regular e padronizar suas estruturas físicas.

Resultados

Recursos já liberados para 1.505 propostas de construção de unidades básicas financiadas pelo Ministério da Saúde.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas

Construção e custeio de 500 unidades de pronto atendimento (UPA) até 2011, ao custo médio unitário de R\$ 2 milhões para construção e de R\$175 mil/mês para custeio.

Objetivos

- Integrar as ações de atenção à saúde por meio da estruturação de redes.
- Fortalecer a Política Nacional de Atenção às Urgências, diminuindo a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que atendem urgência e emergência.

Data de início

13/5/2009

Instrumento legal

Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009; estabelece as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes regionais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criado para aprimorar e para garantir atendimento de urgência oportuno e qualificado na conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde, fortalecendo a Política Nacional de Atenção às Urgências e reduzindo a sobrecarga nos hospitais de maior complexidade no atendimento emergencial.

As UPA 24 horas caracterizam-se como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/saúde da família e a rede hospitalar, que funcionam diariamente por 24 horas ininterruptas, articulando-se com a Estratégia Saúde da Família, com a atenção básica, com o Samu 192, com as unidades hospitalares e com as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Quando chegam a essas unidades, os pacientes são avaliados de acordo com uma classificação de risco, podendo ser liberados, permanecer em observação por até 24 horas ou, se necessário, ser removidos para um hospital de referência.

Podemos classificá-las em três diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta e a capacidade instalada – área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e capacidade diária de atendimentos médicos. Para cada porte de UPA, foi instituído incentivo financeiro para a implantação, além de despesas de custeio mensal. As comissões intergestores bipartite (CIB) devem indicar os municípios, bem como as quantidades dessas unidades a serem habilitadas em cada localidade.

Resultados

- Foram habilitadas, até novembro/2010, 489 UPAs, beneficiando 373 municípios.
- Existiam 87 UPAs em funcionamento em novembro/2010 e 402 estavam em construção.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)

O Samu foi criado para prestar atendimento pré-hospitalar móvel ao cidadão acometido por uma urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica e psiquiátrica nos primeiros minutos após o agravo, prestando atendimento adequado no local e transporte a um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS. Cobrindo quase todo o País, mesmo naquelas

localidades mais remotas, o serviço pode ser acionado por meio de uma chamada gratuita para o telefone 192. É ainda por telefone que o profissional de saúde, com base nas informações de seu interlocutor, faz o diagnóstico da situação e define o recurso necessário.

Objetivos

- Prestar socorro à população em casos de urgência, reduzindo a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.
- Reduzir o número de mortes por acidentes, em urgências, os períodos de internação e as sequelas por falta de socorro em tempo adequado.

Data de início

29/9/2003

Instrumentos legais

- Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002
- Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003

Modelo de gestão

As ações são desenvolvidas em parceria com as secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para a implantação de sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento às urgências e às emergências. A União participa com recursos para o custeio e para a adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas centrais de regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e de emergência.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Inspirado no modelo praticado na França, o Samu foi criado em setembro de 2003 nos municípios de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e de Ribeirão Preto, em São Paulo, como projeto-piloto, com equipes treinadas para atendimento 24 horas em casos de urgências traumáticas, clínicas, pediátricas, neonatais, cirúrgicas, obstétricas e de saúde mental.

Foi criado com a finalidade de atender a população em casos de emergência e nos mais diversos tipos de urgências médicas, ordenando o atendimento pré-hospitalar às urgências e às emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio do acionamento e da intervenção das centrais de regulação médica de urgências, contribuindo para a diminuição do tempo de internação, das sequelas e mesmo da mortalidade pelas patologias atendidas, a partir do socorro precoce ao cidadão.

Por essas razões, foram criados o Samu e os serviços associados de salvamento e de resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas: 192. Atualmente, o Ministério da Saúde trabalha na direção da universalização do Samu, com vistas à cobertura de 100% da população brasileira.

Resultados

- Cobertura: cerca de 1,2 mil municípios atendidos e 160 milhões de pessoas – 85% da população brasileira (novembro/2010).
- Atendimento: cerca de 13 milhões de pessoas atendidas por ano.
- Equipamentos: 1.956 ambulâncias, quatro helicópteros, sete ambulanchas, 400 motolâncias, 220 centrais de regulação (novembro/2010).
- Unidades da Federação com 100% de cobertura: Acre, Alagoas, Amazônia, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Roraima, Rio Grande do Sul, Paraná, Santa Catarina e Sergipe.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS

Contempla diretrizes, ações e responsabilidades dos governos federal, estadual e municipal para oferta de serviços e de produtos da homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, da medicina tradicional chinesa/acupuntura, assim como para a

instalação de observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica, promovendo a institucionalização dessas práticas no SUS. Tais práticas, que já eram realizadas no SUS antes da PNPIC, mas de forma tímida, ganharam força com a implementação da política nacional e muitos estados e municípios tiveram suas ações fortalecidas. Esses programas devem dispor de profissionais devidamente capacitados, nos limites de sua competência profissional, e a equipe do Nasf poderá dispor de médico acupunturista, de farmacêutico, de médico homeopata, de fisioterapeuta, de nutricionista, dentre outros. Os cidadãos são atendidos, principalmente, nas unidades básicas de saúde e nos núcleos de apoio à família, além de hospitais.

Objetivos

Incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Data de início

3/5/2006

Instrumento legal

Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criada para regulamentar as práticas integrativas e complementares e para promover o acesso à medicina não convencional no SUS, assim como para ampliar as opções de tratamento com produtos seguros, eficazes e de qualidade, de forma integrativa e complementar e não em substituição ao modelo convencional. A PNPIC preconiza o modelo da fitoterapia ocidental, definida como terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, adotado pelos programas públicos municipais e estaduais.

Resultados

- Mapeamento pelo MS, em 2004 – antes da criação da Política –, de 230 municípios brasileiros que realizavam alguma prática. Em 2008, pelo menos 1.340 cidades ofereciam alguma prática integrativa e complementar no SUS.
- Realização de estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em São Paulo, indicando a diminuição do consumo de mais de 74 mil anti-inflamatórios por ano, após a implantação do Lian Gong – prática corporal da medicina tradicional chinesa.
- Investimento em homeopatia cresceu 383%. Em 2000, o MS aplicou R\$ 611.367 no custeio de consultas, enquanto, em 2008, investiu R\$ 2.953.480,00
- Realização, em 2000, de 257.508 consultas em homeopatia. Já em 2007, foram 312.533.
- Realização, em 2007, de 97.240 procedimentos de acupuntura e, em 2008, 216.616, um crescimento de 122%. De 2007 para 2008, o número de práticas corporais, como o tai chi chuan, aumentou em 358%.
- Promoção das práticas corporais, como lian gong e tai chi chuan, que tornaram-se mais acessíveis aos usuários. Em 2007, foram realizadas 27.646 práticas, enquanto, em 2008, o SUS contabilizou 126.652, um crescimento de 358%.
- Crescimento de 383% no investimento federal em consultas homeopáticas. Em 2000, o MS aplicou R\$ 611.367 no custeio de consultas, enquanto, em 2008, investiu R\$ 2.953.480,00.
- Realização, só em 2008, de 25.751 procedimentos de moxabustão – técnica da medicina tradicional chinesa baseada nos mesmos princípios de energia trabalhados na acupuntura –, com verba de R\$ 84.649,00.
- Oferta – a partir de 2010, por parte dos postos de saúde – de fármacos produzidos à base de alcachofra, de aroeira, de cáscara-sagrada, de garra-do-diabo, de isoflavona da soja e de unha-de-gato. Com isso, o número de fitoterápicos financiados pelo SUS passou de dois para oito. Os novos produtos são indicados para o tratamento de problemas como prisão de ventre, inflamações, artrite reumatóide e sintomas do climatério.

Programa de Segurança Transfusional e de Qualidade do Sangue e Hemoderivados

Aperfeiçoamento e avaliação dos serviços de hemoterapia e de hematologia, atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas e estruturação dos serviços de hematologia e de hemoterapia.

Objetivos

- Assegurar a qualidade e autossuficiência em sangue, componentes e derivados sanguíneos e garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sanguínea e de má formação das hemácias.
- Qualificar os serviços de hematologia e de hemoterapia, visando garantir a segurança transfusional, a cobertura hemoterápica dos leitos do SUS, a ampliação do acesso à atenção dos portadores de doenças hematológicas e a excelência dos serviços.
- Garantir a disponibilidade de medicamentos pró-coagulantes e a atenção aos portadores de coagulopatias.
- Implantar e implementar a política nacional de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias, em parceria com os estados e os municípios.
- Estruturar a rede pública de serviços de hemoterapia e hematologia, visando ampliar o acesso à atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas, garantir a cobertura hemoterápica dos leitos SUS e a segurança do sangue transfundido, por intermédio do fomento à construção e à adequação de áreas físicas e à inovação do parque tecnológico.
- Reduzir a mortalidade, os danos e os agravos e promover qualidade de vida aos portadores dessas patologias.
- Fomentar a tecnologia da informação, disponibilizando dados estratégicos para aperfeiçoar a gestão da política de sangue e de hemoderivados.

Data de início

2003

Instrumentos legais

- Decreto nº 5.045, de 8 de abril de 2004
- Portaria MS/GM nº 1.391, de 16 de agosto de 2005
- Decreto do Plano Plurianual – PPA 2004/2007

Participação e controle social

Participação ativa dos movimentos sociais na formulação e no desenvolvimento das políticas de atenção integral às pessoas com coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias.

Modelo de Gestão

- Hemorrede pública nacional: parceria na formulação e no desenvolvimento do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH), para promoção da qualificação técnica e gerencial.
- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (MS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (MS): parceria na formulação e no desenvolvimento do programa de humanização da triagem clínica de doadores e em campanhas de vacinação e enfrentamento de epidemias, que apresentam impacto na doação de sangue. Interface da doença falciforme na política nacional de saúde integral da população negra
- Agência Brasileira de Cooperação (ABC)/Ministério das Relações Exteriores (MRE): cooperação internacional em doença falciforme.
- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir): interface da doença falciforme na política de promoção da igualdade racial.
- Ministério da Educação (MEC): inserção do tema da doença falciforme nos ensinos fundamental, médio e superior.
- Ministério do Trabalho e Emprego (MTE): campanha de inserção das pessoas com doença falciforme no mercado de trabalho.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Criado pela necessidade de implementação de estratégias e de ações para o enfrentamento e para a superação dos problemas relacionados à insuficiência de oferta de sangue e de hemocomponentes pelos serviços públicos de hemoterapia para atender a 100% dos leitos SUS, à precariedade da atenção aos portadores de coagulopatias e de hemoglobinopatias, à limitação de hemoderivados aos pacientes hematológicos, inviabilizando o tratamento profilático de hemofílicos, à dependência de mercado/tecnologia externa de insumos estratégicos e à falta de tecnologia nacional para produção de hemoderivados.

Resultados

- Crescimento, fortalecimento e qualificação da Hemorrede Pública Nacional.
- Implantação do Sistema Hemovida Web Coagulopatias para acompanhar a distribuição dos medicamentos pró-coagulantes, permitindo melhor controle e assistência aos seus usuários.
- Planejamento, acompanhamento e criação de estoque estratégico para medicamentos pró-coagulantes para abastecimento sistêmico e em quantidade adequada.
- Ampliação do controle social e da participação de associações de familiares e de pessoas com doença falciforme e com coagulopatias hereditárias no desenvolvimento da política, por meio de grupos de assessoramento técnico, de fóruns, de eventos de discussão e de capacitações.
- Reconhecimento internacional da gestão da política de atenção às pessoas com doença falciforme.
- Desenvolvimento e validação do teste de ácido nucleico (NAT) para detecção de HIV e hepatite C (HCV) nos serviços participantes do estudo multicêntrico: Hemorio, Hemosc, Hemope e Fundação Pró-Sangue.
- Criação do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH), para melhoria na produção de hemocomponentes e na qualificação do plasma para a produção de hemoderivados.
- Qualificação do perfil de doadores de sangue para captar voluntários de forma altruísta e sistemática, garantindo, assim, a segurança transfusional.
- Implementação dos conceitos de uso racional do sangue nos serviços do SUS.
- Disponibilização do Sistema Hemosige para gerenciamento do parque tecnológico dos serviços como aporte imprescindível às boas práticas em hemoterapia.
- A média atual de coleta de sangue é de três milhões de bolsas por ano.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Política Nacional de Atenção Oncológica

Objetivo

A Política Nacional de Atenção Oncológica visa, essencialmente, aumentar, com melhoria da qualidade, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de modo a promover um atendimento integral e integralizado aos usuários do SUS, adequado às necessidades de cada região do Brasil.

Data do início

2005

Instrumento legal

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 8/12/2005. Desde setembro de 1998, o Ministério da Saúde vem organizando a assistência aos doentes de câncer por meio da Portaria GM/MS nº 3.535, de 1998. Com a maturidade do sistema e a experiência adquirida de 1998 a 2005, nas áreas do controle do câncer, inclusive da oncologia, houve a necessidade de superar as distorções e as deficiências observadas. Então, em dezembro de 2005, pela Portaria GM/MS nº 2.439, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica.

A Rede de Atenção Oncológica atual é composta por estabelecimentos habilitados como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou como o Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Os estabelecimentos habilitados como Unacon e Cacon devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e no tratamento do paciente. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia – oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica –, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

Modelo de gestão

A organização e o controle da rede de atenção oncológica são de responsabilidade das secretarias de Saúde. Ao Ministério da Saúde compete a habilitação após o credenciamento efetuado pela secretaria de Saúde responsável pela rede de Saúde local.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A área de alta complexidade em oncologia no SUS era regida por meio da Portaria GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, a qual estabelecia critérios para credenciamento de centros de alta complexidade em oncologia (Cacon), classificados como I, II e III. A publicação dessa Portaria foi o primeiro passo para garantir a integralidade da assistência.

Porém, os pilares da boa assistência oncológica – da integralidade assistencial pela integração de serviços gerais e específicos em estruturas hospitalares – e a organização planejada do credenciamento e a habilitação das unidades resultaram em uma rede assistencial bem organizada na alta complexidade, mas pouco resolutive para alterar as curvas de sobrevivência dos doentes e a mortalidade por câncer, certamente pela ênfase que se dá aos tratamentos especializados, oncológicos, sem a garantia de um diagnóstico mais qualificado e oportuno, que não se faz nesse nível especializado, mas na atenção básica e na média complexidade. Assim, foi necessária a revisão e a atualização desse normativo.

Em dezembro de 2005, foi revogada a Portaria GM/MS nº 3.535, de 1998, e houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica, com o objetivo de adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do País. Com essa política, pensou-se em uma rede de atenção oncológica regional ou estadual que interligasse a atenção básica às atenções de média e de alta complexidade e, com isso, buscou-se facilitar o acesso do público a todas as instâncias de controle do câncer. O propósito da rede é reorganizar o atendimento e fortalecer as ações, da atenção básica à especializada, de média e de alta complexidades, ambulatorial e hospitalar, além dos cuidados paliativos a doentes terminais.

A Portaria SAS nº 741 redefiniu os critérios de habilitação dos hospitais para a assistência de alta complexidade na rede de atenção, sendo esta composta por centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon), por unidades de assistência de alta complexidade em oncologia (Unacon), por hospitais gerais com cirurgia oncológica e com serviços isolados de radioterapia e de quimioterapia, com autorização temporária até a transição, no mínimo, como Unacon.

A publicação da Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009, objetivou continuar o plano de organização da alta complexidade na rede de atenção oncológica e renovou ou inaugurou 242 habilitações de 258 estabelecimentos, 25 dos quais integrados em nove complexos hospitalares. E 11 novos hospitais habilitados foram incluídos na rede de sete estados.

Considerando o avanço no diagnóstico e no tratamento de neoplasias malignas, ponderando o custo-efetividade, e sob os princípios básicos da assistência integral e integrada à população brasileira, da atualização de procedimentos e da geração de dados para a avaliação dos resultados, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SAS nº 420, de 25 de agosto de 2010.

Tal portaria passou a estabelecer diretrizes diagnósticas e terapêuticas de neoplasias malignas, iniciando com a republicação das normas de autorização da hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata – anexo da portaria GM/MS nº 1.945, de 29 de agosto de 2009, republicada em 10 de setembro de 2009 – e a submissão à consulta pública de diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma colorretal, do carcinoma de fígado, do carcinoma de pulmão, do linfoma difuso de grandes células B e de tumor cerebral no adulto, a serem posteriormente publicadas em portaria. Concomitantemente, foi publicada a Portaria GM nº 2.410, que estabelece recursos aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal para custeio da atualização dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia da tabela SUS, e a portaria SAS/MS nº 421, sobre a reformulação dos procedimentos urológicos da tabela.

As ações do Instituto Nacional do Câncer (Inca) como produtor de conhecimento científico estão focadas na consolidação das linhas de pesquisa em câncer e na formação de recursos humanos na área oncológica. Como formulador da política nacional de pesquisa para a atenção oncológica, centrou seus esforços na formação e na avaliação de redes de pesquisadores em nível nacional e latino-americano.

Desde 2008, o Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT) e o Programa de Qualidade em Mamografia (PQM) têm como objetivo atuar junto a todas as instituições, preferencialmente junto às que atendem às demandas do SUS, implementando ações e realizando medidas de controle de qualidade, para que cada uma, de acordo com seu estágio tecnológico, proporcione a seus pacientes as melhores condições diagnósticas e terapêuticas possíveis, minimizando os riscos decorrentes das exposições às radiações ionizantes.

Resultados

- Distribuição regional dos hospitais habilitados na alta complexidade: dos 41 Cacon e dos 198 Unacon existentes no Brasil em agosto de 2010, dois Cacon e 14 Unacon encontravam-se no Centro-Oeste; oito Cacon e 32 Unacon, no Nordeste; um Cacon e seis Unacon, no Norte; 21 Cacon e 94 Unacon, no Sudeste; nove Cacon e 52 Unacon, no Sul.
- Investimento: R\$ 41.353.892,34 previstos para a execução da ação emergencial Amazonia Legal – N, Nordeste e Mato Grosso.
- Estrutura: dez Cacon implantados e 13 em processo de implantação, de 2003 a 2009, pelo Mais Saúde.

- Equipamentos: aquisição de quatro equipamentos de megavoltagem de radioterapia, ao custo de R\$ 2 milhões cada, em 2008/2009, com recursos do Mais Saúde.
- Ferramentas de informação: para acompanhamento das ações no País como um todo e, também, para o monitoramento das metas constantes do Pacto pela Saúde e do Programa Mais Saúde, foram elaborados e aperfeiçoados o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Sisco) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama). A implantação dessas ferramentas gerenciais aliada a outras medidas de ordem normativa e operacional alavancaram iniciativas como o monitoramento da qualidade do exame citopatológico e de qualidade das mamografias, além da atualização da metodologia da linha de cuidados do câncer de mama e do colo do útero.
- Formação profissional: o Inca forma e qualifica cerca de 800 profissionais/ano para o SUS, com vistas ao controle do câncer e à organização da Rede de Atenção Oncológica (RAO). Foram contempladas estratégias de qualificação nas áreas de ensino: técnico, médico, de Enfermagem, de Psicologia, de Serviço Social, Odontológico, de Farmácia Hospitalar, de Física Médica, de Nutrição, de Patologia Clínica, de Engenharia Clínica e de Fisioterapia.
- Pesquisa: a estrutura para a pesquisa oncológica mantém 24 pesquisadores, distribuídos em dez programas científicos, que desenvolvem projetos de pesquisa nas áreas básico-aplicada, clínica e epidemiológica. Em 2009, foram 78 artigos publicados em revistas científicas indexadas, sendo 64 na revista *Qualis A*.
- Banco de tumores: o Inca mantém um Banco Nacional de Tumores e DNA, que conta com 15.206 amostras de tecidos obtidas de 3.892 doadores. O Banco avançou na operacionalização dos convênios com diversas instituições no País, para consolidação da Rede Nacional de Banco de Tumores e participou da implantação da Rede Latino-Americana de Banco de Tumores.
- Antitabagismo: o Programa de Controle do Tabagismo é a prevenção à iniciação ao uso de tabaco. Para atingir o público jovem, em idade escolar, foi desenvolvida uma ação específica, o Saber Saúde, que tem como objetivo formar cidadãos responsáveis e críticos. Até 2009, os dados acumulados dessa ação são de 14.419 escolas, 122.214 professores e 2.409.602 alunos atendidos pelo Programa.

O lançamento dos resultados da Pesquisa Especial sobre Tabagismo em pessoas com 15 anos ou mais de idade (Petab), realizada pelo Ministério da Saúde (Inca, SVS, Anvisa, Fiocruz), em parceria com o IBGE e copatrocinada pela *CDC Foundation*, apontou que a prevalência do tabagismo no Brasil caiu de 34% para 18% nos últimos 20 anos.

Dentre as ações de mobilização social de impacto no Programa podemos destacar a intensificação de ações políticas no Congresso Nacional, objetivando esclarecer e influenciar o posicionamento dos parlamentares sobre a importância do apoio e do voto favorável ao Projeto de Lei nº 315, de 2008, que decreta que os ambientes fechados de uso coletivo sejam 100% livres da fumaça do tabaco, de acordo com as recomendações da OMS. Para o exercício 2010, houve um aumento de 266% no número de municípios participantes, ofertando o tratamento do fumante em relação a 2009.

- Dados: em processo de implantação o integrador de dados provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer (RHCBrazil).
- Publicação: o Inca, em parceria com a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope), lançou a publicação *Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil. Dados dos Registros de Base Populacional e de Mortalidade*. A publicação mostra a situação do câncer infanto-juvenil no Brasil, com informações sobre incidência e mortalidade, e um resumo de resultados provenientes de outras fontes de informação e de estudos desenvolvidos no Brasil e no mundo.
- Tecnologia: em 2009 foi inaugurado o Centro de Pesquisas por Imagem Molecular do Inca, o maior parque público de diagnóstico por imagem da América Latina. O instituto também implantou o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats), com o objetivo de implantar a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no processo de tomada de decisão técnico política para ao controle do câncer no SUS.

As tabelas a seguir apresentam os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para o controle dos cânceres do colo do útero, os exames citopatológicos para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e as mamografias em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS (1)

Ano	Meta	Resultado
2003	8.000.000	10.625.720
2004		10.533.593
2005		11.430.612

Ano	Meta	Resultado
2006		11.701.728
2007		12.429.282
2008		11.608.533
2009		11.472.127
2009 (2)	391.948	84.188

NÚMERO DE MAMOGRAFIAS (1)

Ano	Meta	Resultado
2003		2.026.111
2004		2.212.093
2005		2.363.977
2006		2.616.087
2007		2.847.787
2008		2.642.205
2009		3.037.679 (*)
2009 (2)	472.938	403.215

(*) Em 2009, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) apresentou os dados diferenciando mamografia unilateral (1.975.219 mamografias) de mamografia bilateral para rastreamento (1.062.679 mamografias).

Obs.: (1) Embora o indicador do Programa Mais Saúde, para esta ação, considere a faixa etária preconizada para rastreamento, esse dado só consta no SIA/SUS, a partir de 2007, para exames citopatológicos e, de 2009, para mamografias bilaterais, tornando, portanto, inviável a formação de uma série histórica desde 2003. Isso determinou a utilização do total de exames realizados no período.

(2) A partir de 2009, com a inclusão dessa ação no Programa Mais Saúde, o indicador foi alterado e passou a mensurar o incremento do número de mamografia nas faixas etárias preconizadas pelo Programa. Esse indicador ainda está em processo de consolidação. Para os dados de citopatológico, foi realizada uma estimativa da produção de 2009 do Siscoco, pois alguns estados não enviaram os dados completos de todos os meses. Foram considerados somente os dados dos meses consistentes e projetada a produção anual, assim os dados são parciais. Para mamografia, foi utilizado como fonte o SIA-SUS, cujos dados de 2009 já estão atualizados até dezembro/2009.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Obras e investimentos na rede hospitalar do SUS

Conclusão das obras inacabadas e construir, ampliar e equipar unidades de saúde, que atendam a critérios de eficiência e de racionalidade, reduzindo as desigualdades locais e regionais.

Objetivo

Investir em unidades de saúde por meio de construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos médicos hospitalares, com priorização de unidades de saúde que atendam aos princípios da racionalidade e da eficiência na oferta e à estratégia de regionalização, fortalecendo a rede hospitalar filantrópica e a rede dos hospitais de ensino, por meio da recuperação física e da atualização tecnológica.

Instrumentos legais

- Portaria Ministerial nº 1.074, de 29 de maio de 2008: aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de convênios pelo Fundo Nacional de Saúde.
- Portaria GM nº 2.198, de 17 de setembro de 2009: estabelece a liberação dos recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos e de material permanente para compor o Programa da Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, mediante repasse, de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criado para dar mais resolutividade aos serviços prestados pelas unidades do SUS por intermédio de investimentos em suas estruturas físicas, incluindo as instalações prediais, os equipamentos e os mobiliários médico-hospitalares, buscando a modernização tecnológica e a melhoria dos ambientes, tornando-os adequados ao nível de complexidade das unidades de saúde com repercussões benéficas para o conjunto dos profissionais, de usuários e de gestores do SUS.

A estratégia concretiza-se por meio de apoio técnico e financeiro aos estados e aos municípios para a organização e a reestruturação da rede de serviços especializados no SUS, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelas normas vigentes – celebração de convênios ou outros instrumentos congêneres.

Resultados

Aquisição direta, ou por meio de repasse financeiro aos estados e aos municípios, de equipamentos para as centros/unidades especializadas e repasse de recursos financeiros aos estados e aos municípios para reformas/adequação das unidades, por meio da celebração de convênio.

Com os investimentos realizados, existe um aumento da capacidade operacional das unidades de saúde com a inclusão de novas tecnologias e de equipamentos médico-hospitalares, inclusive com a ativação de novos espaços físicos e a modernização das estruturas de saúde do SUS, principalmente aquelas voltadas para a área de atenção hospitalar de média e de alta complexidades.

Estrategicamente, busca-se o fortalecimento dos hospitais de ensino no SUS pela redefinição do seu papel na rede local de serviços de saúde de forma integrada na tríade assistência, ensino e pesquisa na área da saúde. Além disso, objetiva-se potencializar a capacidade operativa da rede do SUS, incluindo as unidades filantrópicas, por meio da recuperação física e da adequação tecnológica, reforçando a missão estratégica dessas unidades as quais têm participação relevante na produção de serviços para o SUS – representam 33% dos leitos hospitalares destinados ao Sistema Único de Saúde.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Expansão da oferta de leitos de terapia intensiva

Busca expandir a oferta de leitos de terapia intensiva, ampliando o acesso aos pacientes críticos, humanizando o atendimento e qualificando toda a atenção prestada, nesse nível de complexidade.

Objetivo

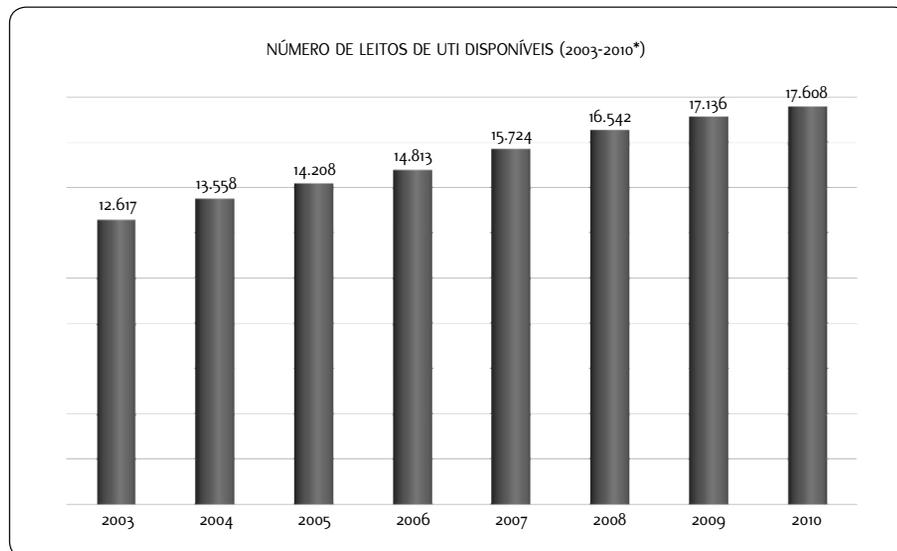
Investir em unidades de saúde por meio de aquisição de equipamentos médicos hospitalares de UTI, ampliando a cobertura assistencial nas regiões brasileiras, sobretudo em áreas de vazios assistenciais, e o potencial de resolução das unidades de tratamento intensivo no SUS.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A atual proposta desenvolvida pelo Ministério da Saúde tem como objetivo a mudança nas bases organizativas e de funcionamento do sistema em terapia intensiva disponível aos usuários do SUS, representando na prática uma estratégia para a qualificação e a expansão da oferta de serviços nesta área tão carente. Além disso, ratifica a priorização das ações e dos compromissos na busca de uma gestão eficiente, capaz de responder de forma adequada às diferentes demandas em cuidados críticos da população brasileira, considerando o contexto nacional do SUS. Para isso, uma das medidas mais eficazes reporta-se aos investimentos em equipamentos e em infraestrutura, com o objetivo de ampliar o acesso para a população brasileira, principalmente em áreas do País com menor oferta de serviços.

Resultados

Entre 2003 e 2010, o Ministério da Saúde credenciou quase cinco mil novos leitos de UTI em todo o País. O investimento do Governo Federal na ampliação desses leitos – que saltaram de 12.617, em 2003, para 17.608, até março/2010 – foi superior a R\$ 400 milhões.



Fonte: SAS/Ministério da Saúde, em set/2010.

Política Nacional de Internação Domiciliar

Objetivo

Implantar equipes de internação domiciliar fornecendo infraestrutura para o seu funcionamento, fomentando práticas de humanização e de desospitalização de serviços de saúde.

Instrumento legal

Os critérios de participação estavam definidos na Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, a qual foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 2009.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A constituição e a implantação da política de internação domiciliar trazem a possibilidade de melhor utilização dos leitos hospitalares devido à disponibilização de um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico que exige cuidados especializados, mas que não necessita, obrigatoriamente, de internação hospitalar.

Essa modalidade alternativa de assistência está direcionada a pacientes com agravos agudos, ou crônicos agudizados, cuja internação hospitalar pode ser evitada caso seja assegurada assistência em casa para eles. As unidades habilitadas nessa modalidade são as que oferecem assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

Considerando toda a logística envolvida, entende-se como vantagens desse processo o fato de que:

- Permite a programação orçamentária e financeira.
- Facilita os processos de avaliação, de controle, de regulação dos serviços ofertados.
- Possibilita investimento na gestão hospitalar.
- Conforma os serviços de acordo com a demanda e com as necessidades do gestor local de saúde.
- Promove maior transparência na relação com o gestor local do SUS.
- Promove melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde.
- Amplia os mecanismos de participação e de controle social.

Resultados

Ao todo, 757 unidades filantrópicas solicitaram a participação no Programa, com recursos de incentivo à contratualização previstos no montante de R\$ 200 milhões. Dessas, 633 (84%) preencheram todos os requisitos e celebraram contratos de gestão com seus respectivos gestores, mudando a lógica da gestão e do financiamento hospitalar.

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

Objetivos

Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e com a implementação da Política. Além de definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica.

Data do início

2005

Instrumentos legais

- A Portaria GM/MS nº 1.161, de 7 de julho de 2005: institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.
- Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, define as diretrizes para implantação das redes estaduais e/ou regionais de atenção ao portador de doença neurológica na alta complexidade, as normas de habilitação das unidades e dos centros de referência em neurocirurgia e neurologia e a relação dos procedimentos de neurocirurgia e de neurologia das tabelas dos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS.

Participação e controle social

Tal Política foi aprovada e pactuada na Câmara Técnica Tripartite. Os secretários estaduais de Saúde podem solicitar a adequação dessas habilitações, conforme abrangência populacional, necessidade local e produção mínima, aprovadas nas respectivas comissões intergestores bipartite (CIB), para garantir a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira dos serviços.

Modelo de gestão

É de competência do Ministério da Saúde a habilitação de estabelecimentos para executar o atendimento à população brasileira, após o credenciamento efetuado pela Secretaria de Saúde responsável pela Rede de Saúde local. Logo, o gestor local do SUS torna-se corresponsável pela definição e pela formalização dos pactos entre gestores e prestadores quanto às prioridades, metas e critérios para a alocação dos recursos da assistência à saúde, de acordo com o perfil epidemiológico e com a necessidade da população. Portanto, é de responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de Saúde, com gestão plena, gerir os recursos financeiros destinados à organização de sua rede de assistência à saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Até 2005, o mesmo procedimento de neurocirurgia era classificado em vários níveis, com valores diversos, ou seja, para o mesmo ato médico havia até quatro códigos. Os procedimentos para atenção neurológica existentes tinham descrições bastante ultrapassadas e dificultavam a obtenção de qualquer dado epidemiológico.

Em janeiro de 2004, foi instituído um grupo de trabalho formado por representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, da Liga Brasileira de Epilepsia, do Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica e dos centros de Referência em Neurocirurgia. Esse grupo teve como meta rever os critérios de habilitação dos serviços de neurocirurgia junto ao SUS e o elenco de procedimentos da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)/Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do SUS.

Desse trabalho, surgiu a proposta de criar a Política de Atenção ao Portador de Doença Neurológica para estabelecer a regulação da assistência em três níveis de atenção, a qualificação, a fiscalização, o controle e a avaliação dos serviços de neurocirurgia. Em 2005, foi criada a política para atualizar ou mesmo para redefinir uma rede de atenção ao portador de afecção do sistema nervoso central.

Resultados

Hoje, a rede de alta complexidade de assistência ao paciente neurológico implantada no País possui 263 estabelecimentos habilitados, sendo 231 credenciados em unidade de assistência e 32, em centros de assistência.

Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

Os serviços de atenção à saúde auditiva no Brasil objetivam prestar assistência especializada às pessoas com problemas otológicos, em especial às pessoas com déficit auditivo. Devem ser realizadas triagens e monitoramento da audição, diagnóstico da perda auditiva, indicação, seleção e adaptação de prótese auditiva, bem como a validação e o acompanhamento do processo de protetização auditiva, além de procedimentos diagnósticos e de habilitação e reabilitação necessários ao deficiente auditivo.

As famílias devem também ser acolhidas, recebendo esclarecimentos fundamentais para que possam conviver e superar as dificuldades impostas pela perda auditiva. Tal processo, em serviços de média complexidade, envolve crianças com mais de três anos de idade, jovens e adultos – trabalhadores e idosos. Já nos serviços de alta complexidade, estão envolvidas todas as faixas etárias, bem como as pessoas com afecções associadas, com perdas unilaterais, e aquelas casos que apresentarem dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade.

Data do início

28/9/2004

Instrumento legal

- Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004: institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva em todas as unidades federativas, respeitando a competência das três esferas de gestão.
- Portaria MS/SAS nº 587, de 7 de outubro de 2004: normatiza a organização e a implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva.
- Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004: visa à operacionalização dos serviços de atenção à saúde auditiva, a qual foi republicada em 8 de dezembro de 2004.

Participação e controle social

A instalação de qualquer serviço de atenção à saúde auditiva na média ou na alta complexidades no SUS deve ser precedida de solicitação ao gestor local. Caso seja um município habilitado em gestão plena do Sistema, o pedido deve ser submetido à avaliação do gestor estadual. Os gestores estaduais podem solicitar a adequação dessas habilitações, conforme abrangência populacional, necessidade local e produção mínima, aprovados nas respectivas comissões intergestores bipartite, para garantir a qualidade assistencial e a sustentabilidade financeira dos serviços.

Modelo de gestão

Não é de competência do Ministério da Saúde o credenciamento de estabelecimentos para executar o atendimento à população brasileira, mas, sim, a habilitação após o credenciamento efetuado pela secretaria de Saúde responsável pela rede de Saúde local. O gestor estadual, ou municipal, em gestão plena deverá estabelecer contrato de referência e de contrarreferência do serviço de atenção à saúde auditiva na média complexidade com o serviço da alta complexidade ou vice-versa. Ao instituir o Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, o estado deve estruturar uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva, com vistas a minimizar o dano da deficiência auditiva na população. Tal proposta busca a atuação efetiva na melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência auditiva, por meio do SUS, além de definir que o Programa seja estruturado de forma articulada entre o MS, as secretarias de estado de Saúde e as secretarias municipais de Saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A Portaria MS/SAS nº 432, de 2000, que regulamentou, na esfera ambulatorial, o diagnóstico, o acompanhamento e a protetização de pessoas com deficiência auditiva na alta complexidade foi substituída pela Portaria MS/GM nº 2.073, de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em todas as unidades federativas, respeitando a competência das três esferas de gestão. Tal portaria também traz suas ações pautadas em que os serviços de atenção à saúde auditiva devem ser feitos de forma integral a todos os usuários, ou seja, do diagnóstico da perda auditiva até a reabilitação fonoaudiológica.

Resultados

Atualmente no Brasil são 60 estabelecimentos de saúde habilitados em saúde auditiva na média complexidade e 83 estabelecimentos habilitados em alta complexidade.

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade estabelece a instituição de redes de atenção cardiovascular com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta e de média complexidades.

Objetivos

- Construir uma linha de cuidados centrada no cidadão.
- Organizar a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados, com vistas à melhoria do acesso e com base nos princípios da universalidade e da integralidade das ações de saúde.
- Garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e de métodos terapêuticos específicos.
- Aderir à Política de Humanização do SUS.
- Organizar uma linha de cuidados que perpassa os níveis de atenção e de assistência, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção.
- Dar uma nova forma às redes estaduais e/ou regionais de atenção em alta complexidade cardiovascular, bem como determinar o seu papel na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções.
- Atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade e aos de alta tecnologia e de alto custo.
- Dar uma nova forma às tabelas de procedimentos para a assistência cardiovascular de alta complexidade.
- Instituir um sistema de fluxo de referência e de contrarreferência no âmbito do SUS.
- Estabelecer mecanismos de avaliação, de supervisão, de acompanhamento e de controle da assistência prestada aos pacientes.

Data do início

A implantação da política por meio de redes de atenção data de 2004, mas as ações para atenção cardiovascular já existe no SUS há muitos anos.

Instrumento legal

- Portaria GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004
- Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A necessidade de discutir os caminhos da assistência cardiovascular na alta complexidade, de definir o seu papel na atenção à saúde e de atualizar o sistema de habilitação, adequando-o à prestação dos procedimentos de alta complexidade, de alta tecnologia e de alto custo, levou o Ministério da Saúde à elaboração de uma política para a assistência cardiovascular.

A atenção adequada ao paciente com doença cardiovascular depende da atuação coordenada de equipes especializadas, de recursos materiais e de instalações físicas apropriadas, sendo que um contingente considerável de indivíduos precisa submeter-se a procedimentos de alto custo e de alta complexidade. As doenças cardiovasculares estão entre os problemas de saúde mais graves e mais frequentes atualmente no Brasil e são as causas mais comuns de morbimortalidade no nosso meio, tensionando o financiamento do sistema de saúde, principalmente no nível de atenção de alta complexidade.

Resultados

A produção em toda a assistência cardiovascular, englobando todos os serviços: cirurgia cardiovascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, cirurgia vascular, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos, laboratório de eletrofisiologia no período de 2003 a 2009 foi de 1.618.932 procedimentos, com um total gasto de R\$ 6,06 bilhões.

EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR – 2003 A 2009

Ano	Frequência	Valor gasto (R\$)
2003	227.359	692.784.022,94
2004	231.308	734.428.971,53
2005	235.518	792.745.091,07
2006	230.576	831.902.428,38
2007	235.331	860.273.513,50
2008	221.523	985.376.946,63
2009	237.317	1.161.477.776,38

Fonte: Ministério da Saúde – Tabnet/2009.

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Objetivos

- Prevenir a doença renal a partir da promoção da saúde, da diminuição do número de novos casos e da minimização dos agravos da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, tanto na população geral quanto nos portadores dessas patologias.
- Promover a atenção resolutive e o controle efetivo das patologias prevalentes, determinantes da doença renal: *diabetes mellitus* e hipertensão arterial.
- Realizar o diagnóstico precoce da doença renal visando retardar a sua progressão, prevenir complicações e modificar comorbidades e preparar o paciente para a terapia renal substitutiva, quando necessário.

Data do início

15/6/2004

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 1.168, de 15 de junho de 2004: institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Renais.
- Portaria SAS/MS nº 432, de 6 de junho de 2006: estabelece critérios para a organização e a implantação das redes estaduais e/ou regionais de assistência em nefrologia na alta complexidade e revoga a Portaria SAS/MS nº 211, de 15 de junho de 2004.
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/Anvisa nº 154, de 2004 – republicada em maio de 2006: estabelece o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de diálise, disciplinando as exigências mínimas.

Participação e controle social

A representação dos usuários de diálise no grupo de trabalho apresentou minuta de resolução que institui e estrutura os conselhos gestores das unidades de tratamento de insuficiência renal.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criado para estabelecer critérios para organização e implantação das redes estaduais e regionais de assistência em nefrologia na alta complexidade. E, também, para criar diretrizes e mecanismos para avaliar as estruturas assistenciais e industriais e as empresas líderes fabricantes de produtos para terapia renal substitutiva (TRS).

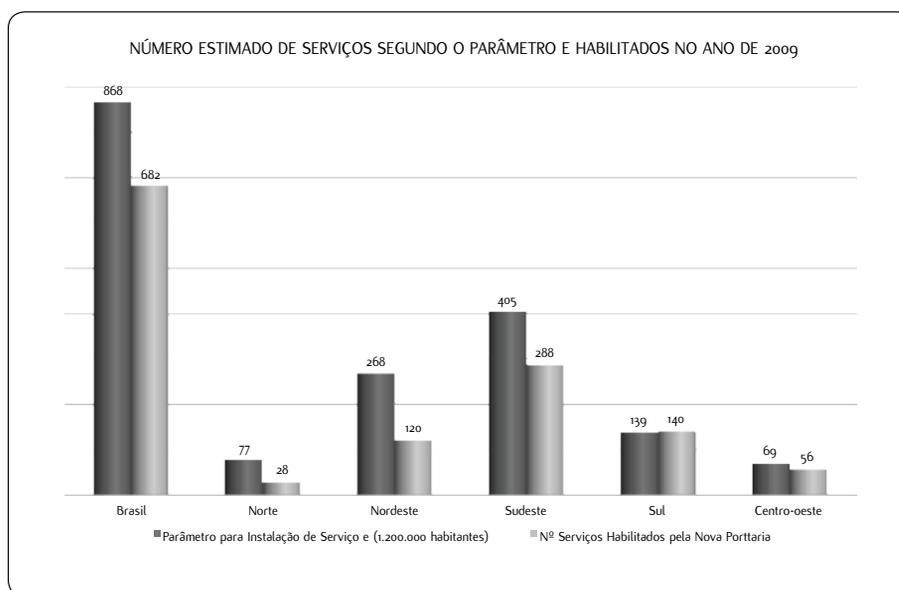
Resultados

A rede de nefrologia atingiu 66% do total estimado para atender ao parâmetro estabelecido de, no mínimo, um serviço de nefrologia para 200 mil habitantes. No Brasil, 93% dos serviços possuem habilitação junto ao Ministério da Saúde. Os outros 7% referem-se a outros convênios e a particulares. A região Norte possui um número de serviços aquém do estipulado pelo parâmetro, seguida da região Nordeste.

No ano de 2009, foram realizados 10.936.974 procedimentos, correspondendo ao gasto de R\$ 1.696.452.283,58. Este valor despendido não contempla as despesas com consultas, medicamentos e exames. Também houve aumento dos gastos com o programa de diálise no Brasil, que, hoje, atinge aproximadamente R\$ 1,7 bilhão, com mais de 600 serviços de nefrologia habilitados para prestar assistência ao paciente renal crônico.

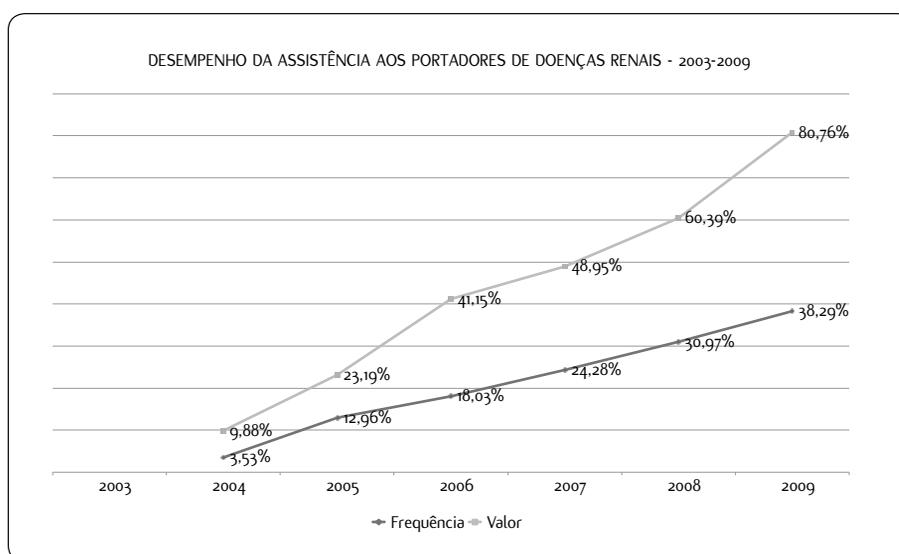
O número estimado de pacientes/mês mantidos em programa dialítico, em 2009, é de 77.504, sendo que, destes, em torno de 7.313 fazem diálise peritoneal, apresentando 9% do total. Em relação a 2008, houve um incremento de 7% no número de pacientes renais crônicos.

NÚMERO ESTIMADO DE SERVIÇOS SEGUNDO O PARÂMETRO E HABILITADOS NO ANO DE 2009



A produção dos procedimentos, no período de 2003 a 2009, aumentou tanto em relação ao número realizado quanto aos valores pagos.

DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS – 2003 - 2009



Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia

Estabelece a instituição de redes de atenção em traumatologia e em ortopedia com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade, além dos de média complexidade.

Objetivos

- Organizar a assistência aos pacientes, em serviços hierarquizados e regionalizados.
- Dar um nova forma à rede de atenção em alta complexidade em traumatologia e em ortopedia.
- Garantir a assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de técnicas e de métodos terapêuticos específicos.
- Atualizar o sistema de credenciamento e adequá-lo à prestação dos procedimentos de alta complexidade.
- Revisar a tabela de procedimentos em traumatologia e em ortopedia e a tabela de órteses, de próteses e de materiais especiais (OPM).
- Estabelecer um sistema de fluxo de referência e de contrarreferência no âmbito do SUS.
- Estabelecer mecanismos de avaliação, de supervisão, de acompanhamento e de controle da assistência prestada aos pacientes.

Data do início

A implantação da Política por meio de redes de atenção data de 2004, mas as ações de traumatologia e de ortopedia já existem no SUS há muitos anos.

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 221, de 28 de fevereiro de 2005
- Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

As afecções músculo-esqueléticas representam uns dos principais agravos à saúde no Brasil. São distúrbios de importância crescente em vários países do mundo, com dimensões epidêmicas em diversas categorias profissionais, principalmente na traumatologia e na ortopedia. Na traumatologia, o crescente problema da violência, das doenças ocupacionais, dos acidentes de trânsito e de outros acidentes, que perfazem mais de 90% dos atos médicos destinados ao tratamento das afecções do sistema músculo-esquelético, é preocupante, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto da gestão, por causa dos recursos envolvidos. Considerando esse contexto, a atenção em traumatologia e em ortopedia de alta complexidade sofreu, a partir de 2004, algumas reformulações que resultaram na revisão da normalização vigente, com o intuito de tornar mais resolutiva a assistência de alta complexidade em traumatologia e em ortopedia prestada pelo SUS.

Resultados

No ano de 2009, foram realizados 662.678 procedimentos cirúrgicos (média e alta complexidades) referentes à Política Nacional de Atenção em Traumatologia e Ortopedia, gerando um gasto de R\$ 612.569.239,55. Ressalta-se que este valor despendido não contempla os gastos com consultas e exames.

Dar segmento à estrutura do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

O programa é baseado na Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos estabelecida e fundamentada na legislação, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, o vigoroso repúdio e combate ao comércio de órgãos, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência em relação aos doadores vivos. Tais normativas trazem, também, garantias e direitos aos pacientes que necessitam desses procedimentos, regulando toda a rede assistencial.

Objetivos

- Ampliar o número de doadores efetivos e, conseqüentemente, o número de transplantes, reduzindo a lista de espera.
- Zelar pelo cumprimento do princípio da lista única.

- Controlar a atividade de transplantes no Brasil.
- Autorizar serviços e equipes para realização de transplantes.
- Financiar toda a atividade de procura de órgãos e de tecidos e todos os transplantes realizados no âmbito do SUS, bem como o acompanhamento do paciente transplantado por toda a vida, inclusive com a medicação imunossupressora.
- Ampliar e gerir o Registro Voluntário de Doadores de Medula Óssea.
- Sensibilizar a sociedade quanto à necessidade de doar órgãos, tecidos e células.

Instrumentos legais

- Lei nº 11.521, de 2007: altera a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo SUS de órgãos e de tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.
- Lei nº 11.633, de 2007: garante o acesso a informações sobre as possibilidades e os benefícios da doação voluntária de sangue do cordão umbilical e placentário durante o período de consultas pré-natais e no momento da realização do parto.
- Portaria GM/MS nº 2.600, de 2009: regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante.

Participação e controle social

O regulamento técnico, na sua elaboração, foi submetido a consulta pública. A partir do sistema informatizado de gerenciamento é garantida a transparência ao processo de captação, de doação e de transplante. O sistema permite aos pacientes consultar seu prontuário e a movimentação da sua situação na lista – se ativo, inativo, suspenso, dentre outros.

Modelo de gestão

O Sistema Nacional de Transplantes estrutura-se do seguinte modo:

- Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), Central Nacional de Transplantes (CNT) – responsável pela coordenação logística e pela distribuição de órgãos e de tecidos em todo o País –, Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDO) – vinculada tecnicamente à CGSNT e administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde/SES.
- Organização de Procura de Órgãos (OPO) e Comissão Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).
- Para assistir ao órgão central do SNT no exercício de suas funções instituiu-se o Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE), que é coordenado pela CGSNT e possui representantes definidos no Regulamento Técnico.
- Para assessorar a CGSNT, instituíram-se as câmaras técnicas nacionais (CTNs), que, atualmente, são em número de 11.
- A alocação de órgãos e de tecidos, coordenada pela CNT, obedece a organização estadual ou macrorregional e articula-se diretamente com as CNCDO.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Desde 1997, data de sua criação, o Sistema Nacional de Transplantes tem como prioridade evidenciar, com transparência, todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do Sistema e à assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. O Brasil possui, hoje, um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e de tecidos do mundo e, nos últimos anos, vem apresentando desenvolvimento crescente no setor. Esse crescimento é consequência da conscientização da população brasileira, da atuação competente de equipes e instituições autorizadas pelo Sistema e da regulação do SNT, fundamentada na legislação vigente.

Resultados

O número de transplantes realizados no País apresenta crescimento sustentado nos últimos anos. Enquanto em 2003 foram realizados 12.722 procedimentos, em 2009 o Brasil contabilizou 20.253 cirurgias desse tipo – um aumento de 59,2%.

Só no primeiro semestre/2010, o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão) chegou a 2.367. A quantidade é 16,4% maior que os 2.033 transplantes realizados no mesmo período de 2009.

Em 2010, o Brasil registra a marca de 1,7 milhão de doadores de medula óssea, tornando-se o terceiro maior banco de dados do gênero no mundo, ficando atrás apenas dos registros nos Estados Unidos, de cinco milhões de doadores, e na Alemanha, de três milhões de doadores. De 12 mil doadores em 2000, o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) evoluiu para mais de 1,7 milhão de doadores inscritos em 2010. A chance de encontrar um doador compatível fora da família (não aparentado) é de uma em 100 mil.

Já foram enviadas unidades para transplantes para os EUA, África do Sul, Alemanha e Austrália, demonstrando, assim, a importância de nosso Registro, com sua característica de diversidade étnica, no atendimento às mais variadas correntes populacionais.

Houve aumento no número de transplantes de órgãos, de tecidos e de células realizados, no número de doações efetivadas para tecidos, no número de doações realizadas para órgãos após diagnóstico de morte encefálica.

Regulamentação da utilização de órgãos com critérios expandidos.

Menores de 18 anos passaram a ter prioridade para receber órgãos de doadores da mesma faixa etária.

Crianças e adolescentes passaram a ter direito a se inscrever na lista para um transplante de rim antes de entrar na fase terminal da doença renal crônica e de ter indicação para diálise.

A doação intervivos de doador não aparentado passa a precisar também de autorização de uma comissão de ética formada por funcionários dos hospitais.

Prevenção, controle e combate a toda possibilidade de comércio de órgãos.

Proibição de transplantes a estrangeiros não residentes.

Regulamentação dos transplantes de células-tronco hematopoéticas.

Inserção de toda a regulamentação dos bancos de tecidos – córneas, sangue de cordão umbilical e placentário, valvas, ossos e pele.

Aperfeiçoamento do gerenciamento da lista única de espera por órgãos e tecidos.

A expansão da Rede Pública de Bancos de Cordão Umbilical (BrasilCord), sob a coordenação do Inca, recebeu recursos do fundo social do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e já conta com dez bancos dos 13 que estavam previstos.

O Inca mantém, ainda, o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), primeiro banco público e voluntário existente no Brasil, com o objetivo de obter doadores de células progenitoras.

Foi o primeiro BSCUP a obter certificação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e serviu de modelo para a estruturação e para a viabilização de uma rede nacional de bancos da mesma espécie (Rede BrasilCord), visando beneficiar um maior número de receptores.

No ano de 2009, o Centro de Medula Óssea (Cemo/Inca) foi certificado pela Joint Commission International (CBA), tornando-se a primeira unidade de Transplante de Medula Óssea no mundo a obter este nível de reconhecimento.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um conjunto de diretrizes que visam orientar o atendimento integral à saúde da mulher em todo o seu ciclo de vida, considerando o enfoque de gênero e os recortes racial e étnico. Entre os eixos principais, destacam-se os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, incluindo o planejamento familiar, a atenção obstétrica, a atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, a prevenção, a assistência e o tratamento do câncer de colo de útero e de mama e de doenças sexualmente transmissíveis e aids e a promoção da saúde.

Ver Mulheres no capítulo Cidadania e Direitos Humanos, Eixo 2, volume II.

Atenção Integral à Saúde da Criança

Objetivos

Promover o crescimento e o desenvolvimento da criança em todo o seu potencial e reduzir a mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal, por meio da promoção da saúde de forma integral, priorizando as crianças pertencentes a grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde.

Data de início

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Em 1991, houve a separação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Programa da Criança, como estratégia de enfrentamento às adversidades no que se refere à sobrevivência infantil.

Instrumento legal

- Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2005.

Resultados

- Potencial de beneficiar todas as crianças brasileiras, ou seja, 32.650.000 crianças de 0 - 9 anos.
- Distribuição gratuita da Caderneta de Saúde da Criança para todos os recém-nascidos em território nacional, cerca de 2,9 milhões/ano.
- Capacitados 4,6 mil profissionais no Método Canguru.
- Preparação de 27 centros de referência estaduais e de cinco centros de referência nacionais para o Método Canguru.
- Participação de 43 maternidades na Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
- Incluídas 26 maternidades prioritárias do Nordeste e da Amazônia Legal no Plano de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal.
- Capacitados no Método Canguru 232 profissionais das 26 maternidades prioritárias do Nordeste e da Amazônia Legal incluídas no Plano de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal.
- Capacitados 800 profissionais em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) neonatal.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Portaria MS/GM nº 1.060, de 2002, estabelece diretrizes para a adequação dos planos, dos projetos e das atividades voltados à saúde das pessoas com deficiência nos estados, no Distrito Federal e nos municípios. É implementada em parceria entre os três entes federados.

Na organização da atenção à saúde, além das ações de prevenção, de promoção e de reabilitação desenvolvidas na atenção básica, em interface com as demais políticas estratégicas – criança, mulher, homem, idoso, saúde mental e bucal, jovem e adolescente –, são normatizados e financiados pelo Ministério da Saúde serviços na atenção especializada, organizados por áreas de deficiência: auditiva, visual, física e intelectual.

Assim, em todas as regiões do País estão sendo organizadas as redes estaduais de serviços de reabilitação, compostas por unidades de saúde que realizam diagnóstico, avaliação por equipe multiprofissional – médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e outros –, concessão de órteses e de próteses e de meios auxiliares de locomoção e de demais ajudas técnicas.

O Ministério da Saúde tem papel importante na indução da Política e, para tanto, publica material específico sobre o tema, fomenta capacitações e pesquisas e a estruturação de unidades de saúde nos estados e nos municípios. A reabilitação deve propiciar o desenvolvimento das capacidades e das habilidades, dos recursos pessoais e comunitários para promover o máximo de independência e a participação social das pessoas com deficiência – inclusão no mercado de trabalho, educação, esporte, lazer, turismo etc. Sendo assim, o Ministério da Saúde também participa de programas intersetoriais com as áreas de educação, direitos humanos, desenvolvimento social, trabalho e emprego, dentre outras.

No Programa Mais Saúde, foram incluídas medidas para reduzir a espera por órteses e por próteses, para propiciar a reabilitação da pessoa com deficiência, de modo a contribuir para a sua inclusão social, e para proteger a saúde, bem como para prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Objetivos

- Consolidar a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência a partir da formação e da capacitação dos profissionais da atenção básica – Equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde –, para facilitar o acesso, o acolhimento e a assistência à saúde das pessoas com deficiência, incluindo intervenções básicas de reabilitação.
- Expandir a triagem neonatal para a detecção precoce de deficiência auditiva e visual.
- Expandir e consolidar as redes estaduais de serviços de saúde auditiva e as redes estaduais de serviços de reabilitação física.
- Implantar as redes estaduais de serviços de reabilitação visual.
- Ampliar a quantidade de serviços para reabilitação de pessoas com deficiência intelectual.
- Criar um Programa Interministerial de Saúde e Educação para consolidar uma rede de apoio à inclusão de pessoas com deficiência no ensino regular da rede pública.

Instrumento legal

- Portaria MS/GM, de 5 de junho de 2002: instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Participação e controle social

A participação se dá de forma intensa na área da saúde de pessoas com deficiência por meio de representação de entidades organizadas e de defesa de direitos nos conselhos e nas conferências de saúde. No Conselho Nacional de Saúde, existe uma Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência (CISPD). Foram realizadas, nos anos de 2006 e de 2008, duas conferências nacionais de Direitos das Pessoas com Deficiência pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, com ampla representação da área da saúde. Há, também, participação de pessoas com deficiência nas discussões e nos encaminhamentos técnicos específicos como normatizações, manuais, capacitações.

Modelo de gestão

São estabelecidas as responsabilidades das três esferas de governo, bem como do controle social para sua implantação efetiva. A reabilitação das pessoas com deficiência implica o desenvolvimento de ações intersetoriais e o estabelecimento de interfaces no âmbito das três esferas de gestão.

Áreas de atuação:

- Redes estaduais de serviços de reabilitação física
- Redes estaduais de serviços de saúde auditiva
- Redes estaduais de serviços de reabilitação visual
- Serviços de reabilitação para pessoas com deficiência intelectual e autismo
- Serviços de reabilitação para pessoas ostomizadas
- Outros serviços: assistência ventilatória para pacientes com doenças neuromusculares e assistência a pacientes com *osteogenesis imperfecta*

O Ministério da Saúde compartilha responsabilidades com os ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Cidades, do Trabalho e Emprego e com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República/SDH/PR na implementação da Agenda Social da Presidência da República – Eixo Direitos Humanos e Cidadania – Grupo Pessoa com Deficiência (Decreto nº 6.215, de 26 de setembro de 2007). Sob a coordenação da SDH/PR, pretende-se garantir condições de acessibilidade e pleno desenvolvimento das pessoas com deficiência, incluindo o acesso às órteses, às próteses e aos meios auxiliares de locomoção, aliado ao processo de reabilitação no Sistema Único de Saúde.

Outra importante ação interministerial que conta com a participação do Ministério da Saúde é o Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) na Escola – Portaria Interministerial nº 18, de 2007, dos ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Secretaria Especial de Direitos Humanos –, que tem por objetivo a inclusão de crianças e adolescentes, de 0 a 18 anos, com deficiência, que recebem esse benefício na escola regular, identificando as barreiras – arquitetônicas, atitudinais, acesso a serviços públicos – que as impedem de frequentar a escola. Este trabalho exige agregação de esforços dos três entes federados, principalmente para a efetivação das ações necessárias à eliminação de barreiras e à inclusão das crianças/adolescentes na escola. Participam do Programa os 26 estados, o Distrito Federal e 2.622 municípios – adesões em 2008.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

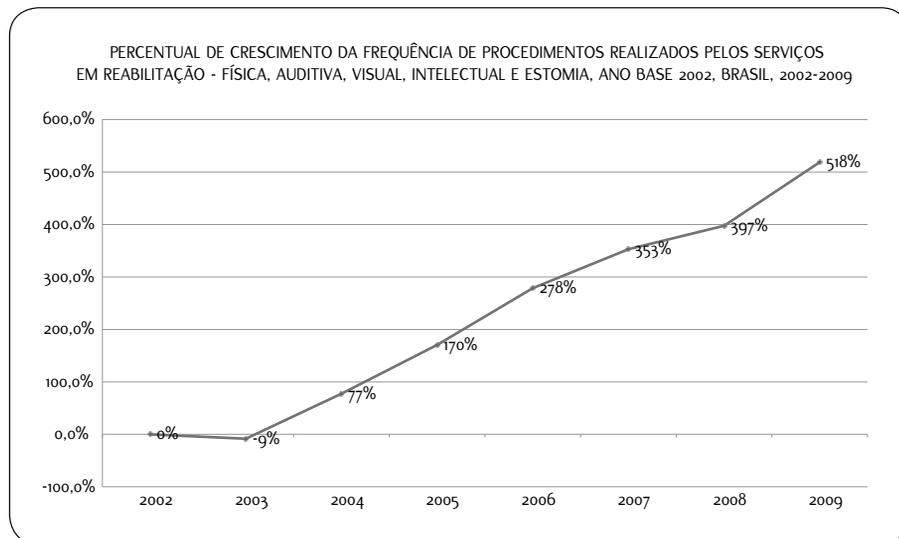
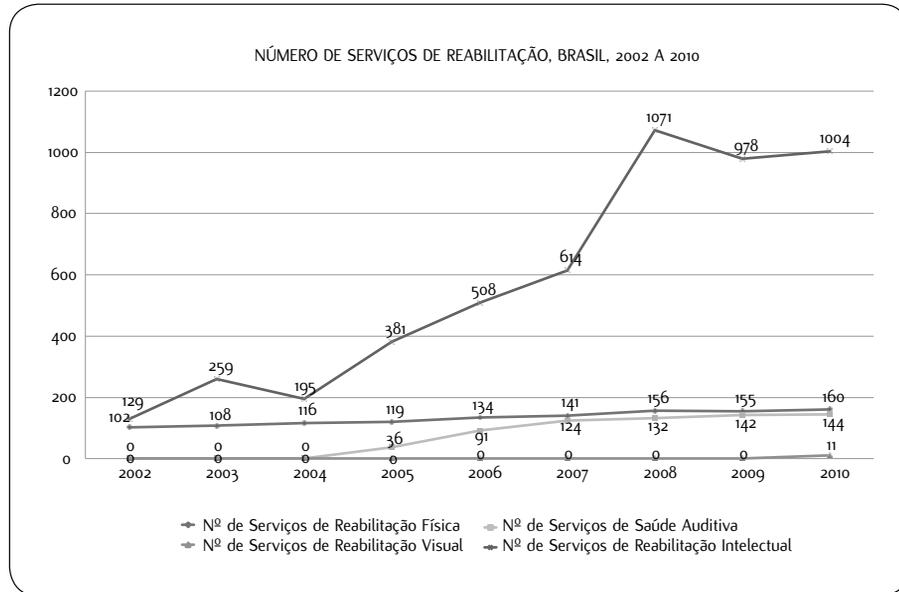
O Censo Populacional – IBGE, em 2000, identificou 24,6 milhões de pessoas, de todas as idades, com alguma deficiência, o que corresponde a 14,5% da população. Levando-se em conta apenas as pessoas com limitações mais severas, o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população, ou seja, 4,3 milhões de pessoas. Considerando-se o total de 24,6 milhões, as deficiências estavam assim distribuídas: 48% de deficiência visual, 23% de deficiência motora, 17% de deficiência auditiva, 8% de deficiência intelectual e 4% de deficiência física. Grande parte dessas pessoas está inserida nas camadas mais pobres da população e sofre todo tipo de preconceito e de exclusão.

Daí a importância de políticas públicas de inserção, incluindo ampla acessibilidade aos serviços de saúde. Para qualificar o processo de concessão de órteses e de próteses no SUS, o Ministério da Saúde financia a implantação de oficinas ortopédicas em unidades de reabilitação física do SUS, para confeccionar e adaptar esses equipamentos. A prioridade é para as regiões Norte e Nordeste do País, com a meta de criação de dez oficinas até 2011. Também são financiados cursos de formação ou de capacitação de técnicos ortesistas e protesistas e a atualização de profissionais de reabilitação para a adequada prescrição dos equipamentos.

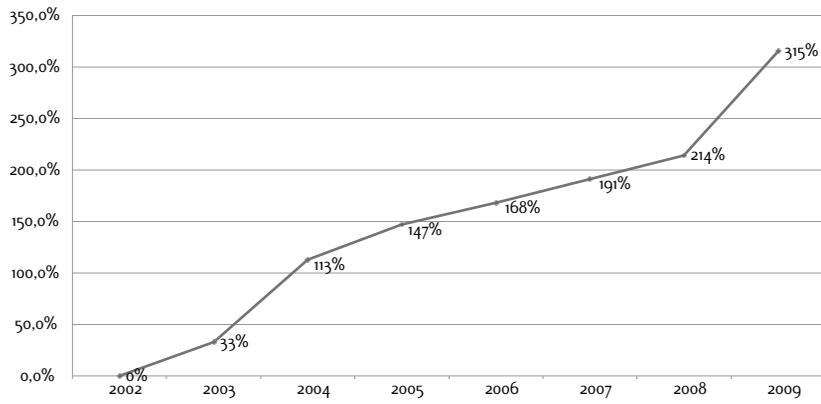
Resultados

- A expansão da reabilitação para pessoas com deficiência tem sido ação prioritária, envolvendo:
 - ✓ Elaboração de normas para a organização do cuidado à saúde dessas pessoas.
 - ✓ Incremento de recursos financeiros para a estruturação de unidades de reabilitação.
 - ✓ Capacitação de profissionais da atenção básica, com a elaboração de conteúdo para material instrucional – Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde/2010.
 - ✓ Promoção do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde/2010, elaboração do Caderno de Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Nasf-2009, e do Caderno de Sexualidade – 2009, inserção transversal do tema e trabalho articulado com outras políticas de saúde como a de vigilância (Programa Nacional de DST/aids, Programa Nacional de Controle da Hanseníase, Programa Nacional de Imunização), a Política de Saúde Mental, a Política de Saúde da Mulher (Planejamento Familiar, Direitos Sexuais e Reprodutivos), a Política de Saúde da Criança (triagem de neonatos e desenvolvimento infantil), dentre outras.
- Ampliação das redes de serviços de reabilitação para pessoas com deficiência auditiva e física, de 2003 a 2006, de 108 unidades para 225, e de 2007 a 2010, de 265 unidades para 304.
- A reabilitação para as pessoas com deficiência física é realizada em unidades especializadas que contam com equipe multiprofissional, fornecem órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como os demais procedimentos para a reabilitação. Em 2010, atingiu 74% do número de unidades previstas para a rede nacional (216), com 160 serviços implantados no Brasil.
- A reabilitação para as pessoas com deficiência auditiva é realizada em unidades especializadas, que contam com atendimento multiprofissional para realizar diagnóstico, fornecimento de aparelho auditivo, acompanhamento e terapia fonoaudiológica. Em 2010, atingiu 93% do número de unidades previstas para a rede nacional (155), com 144 serviços implantados no Brasil.
- Início, em 2008, da implantação das Redes de Serviços de Reabilitação Visual, chegando, em 2010, a um total de 11 unidades, 14% da meta para o País, de 75 unidades.
- A partir de 2009, inicia-se a organização dos serviços para a reabilitação das pessoas com deficiência visual no SUS, realizada em unidades especializadas, que contam com equipe multiprofissional, para diagnóstico, prescrição e fornecimento de recursos ópticos – lupas, bengalas, prótese ocular –, acompanhamento e terapias. Em 2010, já tinham sido implantados 14% do número de unidades previstas para a rede nacional (75), com 11 serviços instalados.
- Ampliação do número de serviços de reabilitação em deficiência intelectual e autismo, de 2003 a 2006, de 259 unidades para 508, e de 2007 a 2010, de 614 unidades para 1.004 (Gráfico 1). Em 2010, mil unidades, na maioria filantrópicas, estão cadastradas e conveniadas ao SUS, como as associações de pais e amigos dos excepcionais (Apaes).
- Ampliação dos valores gastos nas unidades para atendimento aos casos de deficiência intelectual e de autismo, passando de R\$ 5.191.144,00, em 2003, para R\$ 73.253.656,000, em 2006, e, de R\$ 104.731.956,00, em 2007, para R\$ 168.499.305,00, em 2009.
- Ampliação da frequência total de procedimentos de reabilitação realizados no SUS –a áreas de reabilitação física, saúde auditiva, reabilitação visual, estomia, deficiência intelectual –, atingindo, em 2006, 278% de crescimento e, em 2010, 518% de crescimento, ambos com base em 2002.
- Ampliação do valor total de procedimentos de reabilitação realizados no SUS – áreas de reabilitação física, saúde auditiva, reabilitação visual, estomia, deficiência intelectual –, atingindo, em 2006, 168% de crescimento e, em 2010, 315% de crescimento, ambos com base em 2002.
- Ampliação do número de pessoas que recebem órteses e próteses concedidas pelos Serviços de Reabilitação Física, Auditiva e Visual. Em 2008 e em 2009, foram atendidas 553.310 pessoas, no valor de R\$ 593.199.791,57.
- Foram financiadas, até o ano de 2009, e estão sendo implantadas por estados e por municípios, oito oficinas ortopédicas localizadas em Terezina, Piauí, (inaugurada em 2009), em Caruaru, Pernambuco, em Salvador, Bahia, em Maceió, Alagoas, em Sinop e em Cárceres, Mato Grosso, em Florianópolis, Santa Catarina, e em Manaus, Amazonas. Já os cursos para formar/capacitar ortesistas e protesistas foram financiados para os estados de Mato Grosso, Bahia e Santa Catarina, com abertura de vagas para os demais estados que estão estruturando oficinas ortopédicas. Serão formados ou capacitados com os três cursos 70 profissionais.
- Participação em dois programas interministeriais, Agenda Social – Eixo Pessoas com Deficiência e Programa BPC na Escola, consolidando articulações intersetoriais necessárias para a construção de uma rede de apoio à inclusão de pessoas com deficiência nos estados e nos municípios.

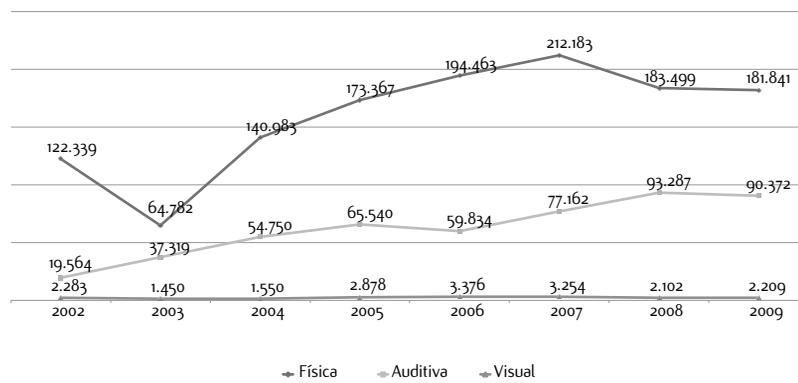
- Participação na elaboração de cinco publicações utilizadas para capacitar profissionais da atenção básica, com a inserção de conteúdos específicos sobre a atenção à saúde de pessoas com deficiência – promoção da saúde, saúde sexual e reprodutiva, abordagem adequada, ações básicas de reabilitação, prevenção de deficiências, inclusão escolar e na comunidade, normas de acessibilidade arquitetônica, dentre outras.



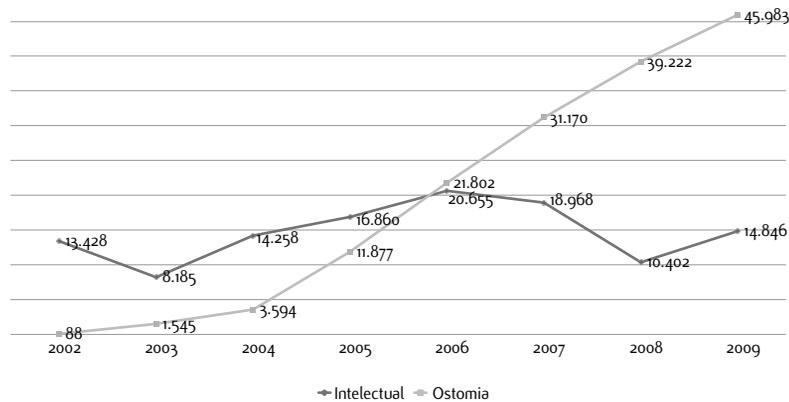
PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DA FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS SERVIÇOS EM REABILITAÇÃO - FÍSICA, AUDITIVA, VISUAL, INTELCTUAL E ESTOMIA, ANO BASE 2002, BRASIL, 2002-2009



ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS QUE RECEBERAM ORTESES E PRÓTESES NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA, DE SAÚDE AUDITIVA E DE REABILITAÇÃO VISUAL, BRASIL, 2002 A 2009



PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DA FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS SERVIÇOS EM REABILITAÇÃO - FÍSICA, AUDITIVA, VISUAL, INTELCTUAL E ESTOMIA, ANO BASE 2002, BRASIL, 2002-2009



Promover a expansão da oferta de ações e de serviços de saúde, reduzindo as iniquidades regionais

Objetivo

Aumentar a distribuição *per capita* dos recursos de média e de alta complexidades, incorporados aos tetos financeiros dos estados e dos municípios, atingindo o valor *per capita* igual ou superior a R\$150,00.

Data de início

2008

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Ministério da Saúde estabeleceu como meta atingir o valor *per capita* igual ou superior a R\$ 150,00 nas transferências de recursos da Assistência de Média e de Alta Complexidade (MAC) a estados e a municípios, em função da necessidade de expansão da oferta de ações e de serviços de saúde.

Os reajustes de procedimentos da tabela unificada propostos pelas áreas técnicas de formulação e de implementação de políticas de saúde geram aumento de teto MAC dos estados e dos municípios. Além disso, a expansão da oferta de serviços da rede SUS envolve questões operativas, financeiras e administrativas, que são alteradas constantemente, conforme se alteram as condições socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas de uma localidade ou região.

Cabe às áreas técnicas do Ministério da Saúde, responsáveis pela formulação e pela implementação das políticas de saúde e pelos respectivos projetos e estratégias, a determinação de novos incrementos que vão se agregando aos tetos financeiros e, no caso específico da MAC ambulatorial e hospitalar, há que se considerar o conjunto normativo para a habilitação de novos serviços da rede: o gestor municipal identifica a necessidade de habilitar um serviço especializado, de acordo com a rede de serviços que coordena, promove a pactuação em comissões intergestores bipartite (CIB) para a aprovação, encaminha proposta ao Ministério da Saúde para análises técnicas e de impacto financeiro na programação orçamentária e financeira para o exercício.

Considerando-se que o teto MAC refere-se aos recursos para custeio das ações e dos serviços de saúde executados por estados e por municípios, é importante observar que a capacidade instalada, o desenvolvimento tecnológico local, o plano diretor de investimentos e a demanda reprimida por ações de saúde formam, atualmente, o principal conjunto de informações considerado pelas instâncias colegiadas locais nas propostas de reajustes de valores.

Resultados

Atenção ao Distrito Federal e a quatro estados com distribuição *per capita* igual ou superior a R\$ 150,00, em 2010: São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Saúde indígena

A Atenção à Saúde Indígena tem como objetivos a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há equipamentos de saúde, a ação integrada com as outras áreas da saúde, a utilização de outros espaços sociais para a realização de ações coletivas, a utilização da epidemiologia como instrumento organizador da assistência e a mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e para o coletivo são fatores marcantes nas ações desenvolvidas. O Subsistema de Saúde Indígena está organizado por meio de um conjunto de atividades técnicas para instituir medidas racionais, qualificadas e diferenciadas de promoção e de prevenção. A urgência em formular política de saúde que abarcasse as especificidades dos povos indígenas se dava pela precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral.

Em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena, área do Ministério da Saúde responsável por coordenar e por executar o processo de gestão do subsistema de atenção à saúde indígena em todo território nacional. A missão principal é a proteção, a promoção, a recuperação da saúde dos povos indígenas e a gestão de saúde indígena, bem como a orientação do desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e com os programas do SUS.

As ações executadas, a partir de 2003, nas áreas de saúde bucal, vacinação, vigilância nutricional, assistência farmacêutica, controle da malária, controle da tuberculose, saúde da mulher e da criança, saúde mental, e prevenção e redução da transmissão das DST, do HIV/aids e das hepatites virais, assim como os indicadores de resultados e os marcos legais estruturantes estão detalhados em Povos Indígenas, capítulo Cidadania e Direitos Humanos, Eixo 2, volume II.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Programa de Assistência Suplementar à Saúde

Regulação, fiscalização e monitoramento de operadoras de planos e de seguros privados de atenção à saúde, implantação de sistema de cobrança do ressarcimento ao SUS e aplicação de sistemas de registro definitivo das operadoras e dos produtos do setor de assistência suplementar à saúde.

Objetivo

Garantir aos usuários de planos e de seguros privados de saúde o cumprimento dos serviços contratados, certificando-se que estejam adequados ao estabelecido na regulamentação do setor, inclusive no que concerne ao ressarcimento dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

Data de início

1º/1/2004

Instrumento legal

- Plano Plurianual – Lei nº 10.933, de 2004

Participação e controle social

Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, de caráter permanente, criado originalmente pela Lei nº 9.961, de 2000, cujo objetivo é auxiliar e oferecer subsídios às decisões tomadas pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre os assuntos mais relevantes da política de regulação do setor. É composta pela ANS, por representantes dos diversos seguimentos das operadoras de planos de saúde, por prestadores de serviços, por entidades de classe e de defesa do consumidor, cujos assentos são definidos por lei. Há, ainda, a realização de consultas públicas.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Necessidade de implementar, com base na Lei nº 9.656, de 1998, a regulação e a fiscalização das assistências médica, odontológica, ambulatorial, hospitalar e farmacêutica prestadas aos usuários de planos e de seguros privados de saúde.

Resultados

- Um total de 8.052 demandas de fiscalização resolvidas, em dez/2007, para uma meta de nove mil: 90% de execução.
- Acompanhamento econômico-financeiro de 93% das operadoras ativas.
- Qualidade da atenção à saúde: 75% das operadoras ativas tiveram seus relatórios analisados quanto à qualidade da atenção à saúde
- Atendimento ao beneficiário: 82% das denúncias e reclamações foram apuradas e resolvidas.
- Índice de beneficiários em operadoras avaliadas pelo Programa de Qualificação: 92% dos beneficiários faziam parte das operadoras avaliadas pelo Programa de Qualificação.
- Taxa de regularização dos registros dos planos de saúde: 83% das solicitações de regularização de registros dos planos de saúde foram atendidas.
- Registro definitivo de operadoras: 67 pedidos deferidos a operadoras de grande porte entre 87 solicitações feitas; 113 pedidos deferidos a operadoras de médio porte entre 296 solicitações e 271 pedidos deferidos a operadoras de pequeno porte, entre 1.144 solicitações.

Plano Nacional de Saúde

Promover a migração de usuários de planos com contratos firmados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 1998, para o ambiente regulatório, conceder o registro definitivo às operadoras de saúde suplementar e aos produtos ofertados no mercado de saúde suplementar, identificar os usuários dos planos de saúde e aperfeiçoar os mecanismos de ressarcimento ao SUS.

Objetivo

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando e fiscalizando as operadoras do setor, bem como as suas relações com prestadores, trabalhadores e usuários, em articulação e em integração com o SUS.

Data de início

1º/1/2004

Instrumento legal

Portaria nº 2.607, de 2004

Participação e controle social

Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, de caráter permanente, criado originalmente pela Lei nº 9.961, de 2000, cujo objetivo é auxiliar e oferecer subsídios às decisões tomadas pela Diretoria Colegiada da ANS sobre os assuntos mais relevantes da política de regulação do setor. É composta pela ANS, por representantes dos diversos segmentos das operadoras de planos de saúde, por prestadores de serviços, por entidades de classe e de defesa do consumidor, cujos assentos são definidos por lei. Realizam-se, também, consultas públicas.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Pactuar metas estratégicas para a melhoria das condições de saúde da população e para a resolubilidade do SUS, com participação e controle social, e responder a demandas e a necessidades prioritárias de saúde no País.

Resultados

- Implantado e consolidado o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.
- Realizadas 17.981 ações de fiscalização reativa.
- Acompanhamento econômico-financeiro de 1.050 operadoras ativas (exceto autogestão).
- Acompanhamento de atenção à saúde em 1.244 operadoras.
- Mecanismos de ressarcimento ao SUS aprimorados. De jan/2004 a dez/2007.

Programa de Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar

Qualificação da Regulação e Fiscalização da Saúde Suplementar e implementação do Sistema de Informação para Saúde Suplementar.

Objetivo

Contribuir, por meio do exercício da sua função de regulação, para uma Política de Qualificação da qual resulte a construção de um setor de saúde suplementar, cujo principal interesse seja a produção da saúde, um setor com operadoras sólidas e autossuficientes, que seja centrado no beneficiário, que realize ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, que observe os princípios de qualidade, de integralidade e de resolutividade, que tenha uma concepção incluyente de todos os profissionais de saúde, que respeite o controle social e que esteja adequadamente articulado com o SUS.

Data de início

1º/1/2008

Instrumento legal

Lei nº 11.653, de 2008

Participação e controle social

Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, de caráter permanente, criado originalmente pela Lei nº 9.961, de 2000, cujo objetivo é auxiliar e oferecer subsídios às decisões tomadas pela Diretoria Colegiada da ANS sobre os assuntos mais relevantes da política de regulação do setor. É composta pela ANS, por representantes dos diversos seguimentos das operadoras de planos de saúde, por prestadores de serviços, por entidades de classe e de defesa do consumidor, cujos assentos são definidos por lei.

Também são feitas consultas públicas. Com a finalidade de conhecer as demandas genuínas dos protagonistas e de balizar suas decisões, a ANS disponibiliza as minutas das regulamentações a serem publicadas em consultas públicas para comentários e para sugestões dos interessados. As minutas de resolução são acompanhadas de uma exposição de motivos que levaram a Diretoria Colegiada a se pronunciar sobre cada tema. A forma final das normas da ANS também considera as sugestões das câmaras técnicas eventualmente constituídas pela Agência com o objetivo de detalhar as implicações técnicas de cada ato normativo.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criado pela necessidade de haver um setor de saúde suplementar que ofereça a garantia da integralidade na atenção à saúde, operadoras que apresentem sustentabilidade econômico-financeira e qualidade assistencial, com informação e comunicação eficaz entre os atores, com plena inserção e participação nessa construção, de forma a contribuir efetivamente para o desenvolvimento de ações de saúde. Um setor autossuficiente e articulado ao SUS e aos gestores públicos de Saúde.

Resultados

- Mediação ativa de conflitos e produção de consenso na solução de 23% dos casos, a partir do instituto da reparação voluntária e eficaz.
- Monitoramento da rede assistencial de operadoras do segmento médico-hospitalar (93%).
- Existência de 94% de beneficiários com análise de indicadores de atenção à saúde.
- Implementação de mecanismos de avaliação de satisfação do beneficiário com o atendimento da Central de Relacionamento.
- Apresentação de 63% de resolutividade da Notificação de Investigação Preliminar, nos casos de negativa de cobertura.
- Divulgação das ações de educação para o consumo.
- Resolutividade da mudança metodológica no processo de fiscalização.

Um total de 20.197.971 registros ativos, após cruzamento determinístico com o Cadastro de Pessoa Física (CPF), resultando em 37,2% de beneficiários ativos titulares identificados univocamente, na perspectiva de reestruturação do cadastro de beneficiários.

Regulação e qualificação da saúde suplementar no Programa Mais Saúde

Instituição de um fundo garantidor, portabilidade de carências, novo procedimento de ressarcimento ao SUS, acreditação de operadoras e prestadores para os beneficiários de planos de saúde individuais e coletivos, bem como o uso de diretrizes clínicas.

Objetivo

Garantir a estratégia de integração e de articulação da saúde suplementar e do SUS, para o que há objetivos concernentes à proposição de medidas legais para fortalecer essa integração, visando à atenção à saúde e à implementação de ações de qualificação no setor.

Data de início

1º/1/2008

Instrumento legal

Termo de compromisso, assinado em 4 de julho de 2008, entre o ministro da Saúde e o diretor-presidente da ANS.

Participação e controle social

Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, de caráter permanente, composta pela ANS, por representantes dos diversos segmentos das operadoras de planos de saúde, por prestadores de serviços, por entidades de classe e por entidades de defesa do consumidor. Também são feitas consultas públicas. Com a finalidade de conhecer as demandas genuínas dos protagonistas e de balizar suas decisões, a ANS disponibiliza as minutas das regulamentações a serem publicadas em consultas públicas para comentários e para sugestões dos interessados.

As minutas de resolução são acompanhadas de uma exposição de motivos que levaram a diretoria colegiada a se pronunciar sobre cada tema. A forma final das normas da ANS também considera as sugestões das câmaras técnicas eventualmente constituídas pela Agência com o objetivo de detalhar as implicações técnicas de cada ato normativo.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Garantir a qualidade e a continuidade da atenção à saúde, conferindo maior poder de escolha ao beneficiário, em um setor com maior segurança econômico-financeira e com mecanismos de regulação eficientes.

Resultados

Em 2009, foram publicadas três resoluções normativas referentes:

- À integração da saúde suplementar e do SUS – RN 185, que institui o novo procedimento de ressarcimento ao SUS.
- Ao monitoramento e à avaliação de risco do setor – RN 191, que viabiliza o Fundo Garantidor da Saúde Suplementar.
- Ao acompanhamento da estrutura e da dinâmica do setor – RN 186, que cria regras de mobilidade entre os planos com Portabilidade de Carências.

Com relação à qualidade do setor, em 2009/2010 foi possível estabelecer os critérios de acreditação para as operadoras, realizar diagnóstico de sua maturidade gerencial a partir de um conjunto de práticas e resultados assistenciais esperados, de forma a ser implementado o Programa de Acreditação das Operadoras. Foram também lançadas 21 diretrizes clínicas, a partir de convênio estabelecido com a Associação Médica Brasileira, no intuito de garantir o atendimento eficiente aos beneficiários e o uso racional das tecnologias em saúde.

Laboratórios da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica – Centros Colaboradores

A Fiocruz tem papel de relevância no que tange à sua inserção como referência nacional para diagnóstico laboratorial de diversos agravos de impacto para a saúde pública no País. Sua capacidade instalada laboratorial, de alta complexidade, compõe o principal conjunto de laboratórios da rede nacional de vigilância epidemiológica. Alguns dos laboratórios também atuam como referência internacional formalmente reconhecida pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

A atuação desses laboratórios é de alto impacto para atendimento às demandas na área da saúde pública e da ciência e tecnologia em saúde, especialmente em procedimentos de alta complexidade e na inovação em insumos estratégicos para diagnóstico de doenças, muitas vezes inexistentes no restante dos laboratórios de saúde pública do País. Seu papel no sistema de saúde é altamente estratégico, pois a capacidade instalada nos campi e o conjunto de expertises no diagnóstico de distintos agravos de impacto na saúde pública conferem a essencialidade de suas ações.

O conjunto desses laboratórios engloba atividades de referência em diversos âmbitos: local, regional, nacional e internacional.

Objetivo

Prestar serviços de referência no contexto do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, realizando análises de confirmação diagnóstica de doenças prevalentes, emergentes e reemergentes.

Instrumentos legais

- Portaria nº 70, de 23 de dezembro de 2004: estabelece os critérios e a sistemática para habilitação de laboratórios de referência nacional e regional para as redes nacionais de laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.
- Portaria nº 158, de 22 de dezembro de 2009: institui uma rede interinstitucional colaborativa para apoiar as ações de Vigilância em Saúde no território nacional.
- Portaria nº 168, de 6 de janeiro de 2010: habilita a Fiocruz como Centro Colaborador da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Iniciativas desenvolvidas no ano de 2009 pelos laboratórios de referência da Fiocruz tiveram relevância particular. Entre elas, destaca-se a atuação no caso da epidemia de influenza A (H1N1). Há mais de 50 anos, a Fiocruz integra a rede global da OMS para vigilância e para monitoramento de influenza. Em 2005, teve atuação fundamental na criação de uma estratégia de

preparação do País para a possível chegada do vírus causador da gripe aviária. Pela expertise acumulada em virologia e, em especial, no campo dos vírus respiratórios, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) atua como referência nacional em influenza para o Ministério da Saúde.

Desde a detecção dos primeiros casos e do alerta global pela OMS, a Fiocruz mobilizou-se para o recebimento de amostras. O laboratório de referência do IOC, em parceria com outros laboratórios da Fundação, trabalhou ininterruptamente desde o início da atual pandemia. Os exames são realizados mediante aplicação da técnica de PCR em tempo real, que é altamente sensível e recomendada pela OMS.

Resultados

No âmbito de cooperação técnica em Vigilância Epidemiológica, as unidades da Fiocruz de pesquisa biomédica e de referência para diagnóstico de doenças atuaram junto a vários laboratórios do País, oferecendo assessoria e capacitação e fornecendo material de referência e procedimentos técnicos. A Fiocruz também assessora diretamente a SVS/MS no desenvolvimento de políticas e de estratégias voltadas para o controle de doenças transmissíveis. No setor da Vigilância Sanitária, a Fiocruz, por meio do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), apoiou laboratórios centrais (Lacen) em vários estados, oferecendo consultoria para a implantação de sistema da qualidade, de material de referência, de procedimentos técnicos e para a capacitação dos recursos humanos. Além disso, a Fiocruz assessorou outras secretarias e órgãos vinculados ao MS, como também várias secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Também merece destaque a readequação do sistema de informação para gerenciamento de amostras laboratoriais – implantação do Sistema Gerenciador de Amostras Laboratoriais (GAL). O Sistema GAL será implantado em todos os laboratórios de referência no ano de 2010, mas, durante o ano de 2009, elaborou-se um plano para customização e para implantação do Sistema na Fundação como um todo, com prazos e metas estabelecidos.

No entanto, como forma de intensificar as respostas do Laboratório de Vírus Respiratório e Sarampo, devido à pandemia da influenza A, já foi implantado o referido Sistema neste laboratório. Diversas visitas foram feitas aos Lacens que possuem o sistema implantado, com vistas ao rápido entendimento em relação ao sistema e o aperfeiçoamento de informações epidemiológicas que, nele, poderão ser inseridas, o que conferirá maior agilidade, rastreabilidade e confiabilidade das informações. Em 2009, a Fiocruz realizou 235.447 exames de referência.

Desenvolvimento de um conjunto de indicadores de desempenho para os centros colaboradores:

O processo teve início em 2008 sob a forma de exercício-piloto nos laboratórios de referência do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR). O objetivo do projeto é não apenas sua extensão a todas as unidades envolvidas na ação, mas também servir de acúmulo de experiência metodológica para sua aplicação às outras ações institucionais da Fiocruz. Após a realização de um intenso trabalho participativo e de avaliações conjuntas dos resultados parciais obtidos, foram estabelecidos os seguintes indicadores para cada laboratório e procedimento laboratorial, cujo preenchimento e análise começaram em toda a Fiocruz em 2010:

- Proporção de laudos de exames entregues dentro do prazo estabelecido em conjunto com o usuário principal.
- Tempo médio (mediana) de liberação do laudo de resultado do exame.
- Evolução do número de exames laboratoriais de referência realizados pelo laboratório de referência – como indicador de tendências epidemiológicas.
- Índice de exames para referência realizados pelo laboratório de referência – como indicador dos principais usuários e de aderência à missão laboratorial.
- Índice da implementação de metodologias, pelos laboratórios periféricos, a partir dos laboratórios de referência.
- Índice de concordância de resultados de metodologias aplicadas pelo laboratório de referência aos laboratórios periféricos.
- Índice de qualificação de laboratórios periféricos – sobre o universo total de laboratórios sob jurisdição do laboratório de referência.
- Índice de satisfação do cliente – unidade coordenada, órgãos gestores do SUS. Valor orçamentário médio por exame laboratorial realizado.

Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias), de Manguinhos

A partir de 2010, a Escola Nacional de Saúde Pública passou a gerenciar as atividades e os serviços de saúde da rede assistencial básica de Manguinhos por meio do conceito de Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias). O projeto é fruto

de cooperação tripartite entre Fiocruz, governo estadual e Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, pela qual o território de Manginhos passa a ser cuidado por rede integrada de saúde liderada pela atenção primária em saúde.

Objetivo

Fazer com que esse território desenvolva-se como espaço de fomento à inovação das práticas do cuidado, do ensino e de geração de conhecimento científico e tecnológico e que se traduza em melhorias da condição atual de saúde e vida da população adstrita, que chega a 50 mil habitantes.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação do Sistema Integrado de Atenção à Saúde significará 100% de cobertura da região de Manginhos pelo Programa Saúde da Família (PSF) e a governança da Fiocruz sobre esse território, um passo importante para a construção de uma Teia. O Centro de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública oferece atenção básica à população de Manginhos há 40 anos.

A iniciativa Teias visa constituir, no bairro de Manginhos, um território integrado de saúde, com um modelo participativo de gestão em saúde, enfocando a intersectorialidade e os determinantes sociais da saúde.

Resultados

- Inaugurada, em junho/2009, a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) 24 horas de Manginhos, fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a Fiocruz. A unidade conta com aparelho para ultrassonografia, diferencial em relação às demais UPAs do estado do Rio de Janeiro.
- Em Manginhos estão alocadas 11 equipes do PSF, formadas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. As equipes contam com o suporte de dois dentistas, dois técnicos de higiene bucal, um nutricionista, um assistente social, um enfermeiro supervisor, um farmacêutico e um psicólogo. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) oferece outras especialidades multiprofissionais para apoio ao PSF, com o objetivo de aumentar a resolutividade do sistema local.
- A governança e a gestão desse centro integrado contam, ainda, com o apoio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec).
- Inaugurada, em abril de 2010, a Clínica da Família Victor Valla, situada anexo à UPA Manginhos. A Clínica é um dos núcleos de Apoio às Equipes do Saúde da Família, funcionando como uma pequena rede social e assistencial, com ensino, pesquisa e inovação, para integrar as ações de promoção, de prevenção e de assistência à saúde no território de Manginhos. Na Clínica da Família Victor Valla estão alocadas cinco das 11 equipes de PSF.
- Realizada a primeira campanha de vacinação contra paralisia infantil – poliomielite, voltada para crianças menores de cinco anos de idade, em junho/2010.

Reconfiguração do Instituto Fernandes Figueira (IFF) como Instituto Nacional de Referência da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas (Ipec) como Instituto Nacional de Referência em Infectologia.

Objetivo

Consolidar, considerando o contexto do Programa de Ciência, Tecnologia & Inovação (C, T & I) em Saúde, a importante responsabilidade da Fiocruz na Atenção de Referência e Pesquisa Clínica em Patologias de Alta Complexidade da Mulher, da Criança e do Adolescente e em Doenças Infecciosas.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Pela necessidade de fortalecimento do papel das unidades que desempenham atividades assistenciais na Fiocruz como referências nacionais na formulação de políticas e na assessoria ao SUS, tanto na área materno-infantil quanto na de doenças infecciosas.

Em 1º/1/2009, o MS se comprometeu com a constituição de um instituto Nacional de Referência em Doenças Infecciosas e de um Instituto Nacional de Referência em Saúde Materno-Infantil, em paralelo aos existentes institutos nacionais do Câncer, de Trauma-ortopedia e de Cardiologia, o que remete à necessidade de rediscussão da missão e das estratégias do IFF.

Destaca-se a projeção do Instituto nos últimos anos, tendo sido formalmente reconhecido como Centro de Referência Nacional pelo MS, na área materno-infantil. Também é referência para o Sistema de Saúde nas áreas de genética médica, de patologias perinatais, de cirurgias infantis, de doenças pediátricas infecciosas, de assistência a gestações de alto risco e a recém-nascidos e nos casos de crianças portadoras de patologias graves, como *osteogenesis imperfecta* e fibrose cística.

Resultados

- Oficinas de planejamento nas unidades para definir as configurações dos institutos nacionais de Referência, em 2009.
- Desenho do Projeto de Grande Vulto para reestruturação do Ipec, em 2009, e ainda não aprovado pela Comissão de Avaliação e Monitoramento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP).
- Resultados do Sistema Integrado de Informação de Gestão (SIIG) 2006-2010 para o IFF: realizadas 3.791 cirurgias, 19.363 internações, 436.593 consultas, 63.206 exames, com 196.046 mulheres e crianças atendidas.
- Resultados SIIG 2006-2010 para o Ipec: realizadas 306.890 consultas, 13.962 atividades educativas para prevenção, 1.106.303 exames, 2.649 internações, 543 cirurgias e atendidos 63.942 portadores de doenças infecciosas.
- Coordenação da Rede de Banco de Leite do País: o Instituto Fernandes Figueira (IFF) coordena a Rede de Bancos de Leite Humano do País, realizando assessorias às unidades de saúde de todas as regiões, capacitando a força de trabalho, monitorando o controle da qualidade e viabilizando a implantação de bancos de leite e de postos de coleta. Hoje, o País possui 199 bancos de leite e 84 postos de coleta espalhados pelo País.

Apoio ao Programa Farmácia Popular do Brasil

Prestar apoio técnico à implantação e à manutenção das farmácias populares, incluindo aquisição e distribuição de medicamentos, logística, consultoria e assistência técnica. Tanto as metas quanto a dinâmica de implementação e de manutenção das farmácias são dadas pela coordenação do Programa, no âmbito do MS, cabendo à Fiocruz principalmente o papel de operacionalização. Garante-se, com isso, o princípio fundamental do Programa de disponibilizar todo o elenco de medicamentos em todas as farmácias, de forma regular, mesmo considerando as dificuldades de acesso a algumas regiões brasileiras.

Data de início

2005

Instrumentos legais

- Lei nº 10.858, de 2004: autoriza a Fiocruz a disponibilizar medicamentos.
- Decreto nº 5.090, de 20 maio de 2004: institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Programa Farmácia Popular do Brasil é único e inovador como modelo de atenção e de assistência farmacêutica, motivo pelo qual a equipe da Coordenação Nacional do Ministério da Saúde foi convocada a apresentar seu modelo de gestão em outros países latino-americanos e africanos como padrão de excelência e ampliação efetiva de acesso da população aos medicamentos por ele disponibilizados. Foi necessária a edição de todo um arcabouço técnico-legal, ou seja, de um marco regulatório que fosse recepcionado pela legislação brasileira.

Resultados

Em 2004, foram iniciadas as ações com a implantação e com o funcionamento das farmácias populares. Até outubro/2010, foram instaladas e colocadas em funcionamento 542 farmácias. Ver detalhamento dos resultados no Item C) Complexo Industrial/Produtivo da Saúde.

Vigilância, prevenção e controle das doenças imunopreveníveis

Resultados

Vacinação:

Foram alcançadas coberturas maiores de 95% no período de 2008 a 2010 nas duas etapas da vacinação contra poliomielite. Aumento da homogeneidade na cobertura vacinal com a Tetravalente em menores de um ano. Alcance de mais de 80% na vacinação de idosos com influenza sazonal. Aumento da faixa etária da população vacinada contra hepatite B e ampliação da homogeneidade da cobertura em menores de um ano de idade.

Êxito na Campanha Nacional de Vacinação contra Rubéola, com 68 milhões de vacinados e cobertura de 96,75%. Este êxito da campanha possibilitou manter a eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e interromper a transmissão da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC) no País. Os resultados serão objeto de relatório da verificação dos critérios de eliminação da transmissão dos vírus endêmicos do sarampo e da rubéola e da SRC no Brasil, que será apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em setembro de 2010.

Em relação à raiva humana transmitida por animais domésticos e ao tétano neonatal, que também apresentam meta de eliminação, houve uma redução acentuada na incidência, encontrando-se próxima à meta de eliminação. Para a raiva, houve redução de casos humanos transmitidos por cães e por gatos de 52, em 1990, para dois casos, em 2009, e um caso, em 2010. Em relação ao tétano neonatal, tem sido registrada uma incidência inferior a cinco casos por ano.

A redução na ocorrência de doenças imunopreveníveis também se observa na população indígena, contribuindo para a redução do coeficiente de mortalidade infantil nessa população.

O êxito na estratégia de vacinação da influenza pandêmica H1N1 (2009), com 94,79% de cobertura em todos os grupos prioritários, contribuiu para a redução de mais de 95% na ocorrência de casos graves e de óbitos pela doença em 2010.

Vigilância, prevenção e controle da Dengue

Objetivo

Reduzir o número de casos de dengue no Brasil e a taxa de letalidade da doença – número de óbitos por dengue x 100/ número de casos graves de dengue ocorridos no período.

Data de início

2003

Instrumentos legais

- Lei nº 10.933, de 11 de agosto de 2004
- Lei nº 11.318, de 5 de julho de 2006
- Lei nº 11.653, de 7 de abril de 2008
- Decreto nº 6.601, de 10 de outubro de 2008
- Portaria Interministerial nº 2.144, de 10 de outubro de 2008
- Portaria GM nº 3.007, de 17 de dezembro de 2008

Participação e controle social

Instituição do Comitê Técnico Assessor Nacional do PNCD, com participação de representação do Conass, do Conasems, de universidades e de institutos de pesquisa, com a finalidade de propor e de acompanhar a implementação de medidas para redução de fatores determinantes da infestação do *Aedes aegypti*, visando à prevenção e ao controle de epidemias de dengue.

Elaboração de mídia específica para mobilização social e educação em saúde, resultando em diversos movimentos de grupos sociais e em mutirões de limpeza e de campanhas de conscientização.

Modelo de gestão

Gestão descentralizada de ações.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A dengue é um dos principais problemas de saúde do mundo, atingindo atualmente cerca de 100 países, com aproximadamente 550 mil hospitalizações e 20 mil óbitos por ano. O mosquito transmissor *Aedes aegypti* espalhou-se por uma área onde vivem mais de 3,5 bilhões de pessoas no mundo.

No Brasil, a situação epidemiológica atual é caracterizada por altas taxas de incidência da doença e circulação simultânea das dengues tipo 1, 2 e 3, pela circulação restrita da dengue tipo 4 e pela presença do mosquito vetor em mais de quatro mil municípios.

A diminuição da taxa de letalidade está relacionada com a qualidade do serviço de assistência à saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde investe em treinamentos, em capacitações e na produção de material didático voltados à atenção básica e à média e alta complexidades, ações que foram implementadas a partir de 2003, visando à obtenção da qualidade do atendimento e à diminuição dos óbitos pela doença.

A inclusão de uma nova ação – redução de 5% ao ano no período de 2008 a 2011, resultando em uma redução de 20% ao final do período, dos casos notificados de dengue nas regiões metropolitanas de São Luis, Fortaleza, Recife, Salvador e Rio de Janeiro – está associada às obras de saneamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), ligado ao Ministério das Cidades. A intermitência no fornecimento de água promove a manutenção de reservatórios que se tornam criadouros do *Aedes aegypti*. Para o período de 2008 a 2011, espera-se reduzir o número de casos notificados de dengue com a execução de obras de saneamento nessas regiões metropolitanas.

Resultados

Redução dos casos notificados de dengue no Brasil: no período de 2003 a 2009, verificou-se uma redução no número de casos notificados e na taxa de incidência de dengue no País, sendo a menor incidência observada no ano de 2004. No ano de 2007, com maior circulação do sorotipo 2, que se tornou o sorotipo predominante em 2008, as incidências começaram a subir novamente, atingindo, no ano de 2010, o maior número e taxa de incidência observados no País durante o período, com circulação dos sorotipos 1, 2 e 3 e circulação restrita do sorotipo 4 no estado de Roraima.

Redução de 25% da taxa de letalidade de dengue: os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde em capacitações com foco na atenção ao paciente resultaram na diminuição em 24,67% na taxa de letalidade já em 2010, antecipando o alcance da meta programada em um ano, apesar do aumento do número de casos graves, provocado, principalmente, pela ocorrência de epidemias sucessivas em todo o País.

Redução dos casos notificados de dengue nas regiões metropolitanas (RM) de São Luis, Fortaleza, Recife, Salvador e Rio de Janeiro – esta meta, associada às obras de saneamento do PAC, ligado ao Ministério das Cidades, obteve êxito no primeiro ano na RM de São Luis e no segundo ano, em todas as RM, exceto em Salvador, onde ocorreu uma epidemia que se estendeu até o ano de 2010. Ressalta-se que, apesar do número de notificações elevado, a taxa de incidência continua em níveis abaixo de 300 casos por 100 mil habitantes, quando se considera alta incidência. Em 2010, a RM de Recife também teve aumento do número de notificações, apresentando, no ano, a maior taxa de incidência da doença entre as cinco RM monitoradas.

- Redução dos casos notificados de dengue no Brasil, em relação a 2002, no período de 2003 a 2010, expressos em números absolutos e em taxa de incidência, que é o resultado do número de casos ocorridos no ano X 100 mil/população residente no ano.
- Redução de 25% da taxa de letalidade de dengue – número de óbitos por dengue x 100/número de casos graves de dengue ocorridos no período – em relação ao ano de 2007, no Brasil, sendo 3%, em 2008, 5% em 2009, 7% em 2010 e 10% em 2011.
- Redução de 5% ao ano no período de 2008 a 2011, resultando em uma redução de 20% ao final do período, dos casos notificados de dengue nas regiões metropolitanas de São Luis, Fortaleza, Recife, Salvador e Rio de Janeiro.
- A expressão dos resultados em taxas de incidência e de letalidade tem como objetivo o nivelamento dos dados, permitindo a comparação entre os anos.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

O Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids atua na formulação e no fomento de políticas públicas de DST, HIV/aids de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos direitos humanos e nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Objetivos

- Reduzir a incidência de aids, de outras doenças sexualmente transmissíveis e de hepatites virais.
- Reduzir a morbimortalidade dessas infecções.
- Melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, com hepatites e com outras DST.

Data de início

2/5/1985

Instrumentos legais

- Portaria nº 235, de 2 de maio de 1985: institui o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, dentro da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.
- Decreto nº 6.860, de 28 de maio de 2009: institucionaliza o Departamento de DST e Aids.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Compromisso do Brasil, via Governo Federal, com a sustentabilidade das ações de prevenção, de diagnóstico e de tratamento e com a manutenção e defesa dos direitos humanos relacionados à aids, a outras doenças sexualmente transmissíveis e a hepatites virais. E garantia da continuidade das políticas de saúde nessa área a médio e a longo prazos.

Resultados

- Estabilização da taxa de prevalência do HIV em 0,6% - 630 mil pessoas vivendo com HIV/aids.
- Estabilização da incidência em 35 mil casos/ano (Gráfico 1).
- Redução da incidência de casos de aids em menores de 5 anos de idade, de 6,2 (2002) para 3,8 por 100 mil habitantes (2008), indicando a redução da transmissão vertical do HIV (Gráfico 2).
- Redução dos casos de aids entre homens que fazem sexo com homens (HSH), passando de 18,6% (2002) para 18% (2008) (Gráfico 3).
- Redução do percentual dos casos de aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI), passando de 13,1% (2002) para 6,3% (2008)(Gráfico 3).
- Estabilização da mortalidade em 11 mil óbitos/ano (Gráfico 4).
- Elevação, em 12 anos, da sobrevivência dos adultos com aids, passando de 58 meses (1995) para 108 meses (2007) após diagnóstico da doença.
- Aumento, entre os jovens de 15 a 24 anos, do uso da camisinha na primeira relação sexual, passando de 52,8%, em 1998, para 60,9%, em 2008.
- Conscientização: 96,1% da população brasileira sabe que pode ser infectada pelo HIV se não usar preservativo (2008). Em 1998, o percentual era 78,6%.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais

Objetivos

- Reduzir a incidência de hepatites virais.
- Reduzir a morbimortalidade dessas infecções.
- Melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, com hepatites e com outras DST.

Data de início

31/10/2003

Instrumento legal Portaria nº 2.080/GM, de 31 de outubro de 2003: institui o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Programa Nacional de Hepatites Virais foi criado em 2003 em consequência da magnitude e da transcendência do agravo no País e, ainda, da possibilidade de redução, com ampla ação de população vulnerável à hepatite B.

Resultados

- 2010: 8.018 pacientes em tratamento para hepatite B e 10.507 para hepatite C.
- Realização, em 2009, de mais de nove milhões de testes para hepatites virais.
- Aquisição centralizada dos medicamentos para hepatites virais, desde 2006.
- Apoio às organizações da sociedade civil, com o lançamento de editais para o enfrentamento das hepatites virais.
- Desenvolvimento de campanhas de mídia de hepatites virais e ampla produção de material de informação.
- Realização do estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil (2004).

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), desde maio de 2007, opera com base em uma estrutura formada por cinco componentes: vigilância epidemiológica, gestão, atenção integral, comunicação educação e pesquisa, que orientam o planejamento e a realização de ações de forma integrada e articulada.

As ações programáticas são formuladas com base nos seguintes princípios e diretrizes:

- Fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre as três esferas de governo e nos documentos de macroplanejamento das políticas públicas de abrangência nacional.
- Realizar ações de promoção, de proteção à saúde, de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de reabilitação, envolvendo toda a complexidade da atenção à saúde.
- Fomentar a ampliação da cobertura de ações com descentralização e com prioridade à sua inclusão na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família.
- Preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas acometidas pela hanseníase e humanizar o atendimento.
- Fortalecer as parcerias com a sociedade civil visando à mobilização social e ao controle social das políticas relacionadas à hanseníase.
- Atender aos interesses individuais e coletivos da população.

Objetivo

Controlar a hanseníase com diagnóstico precoce dos casos, com tratamento e cura, para eliminar fontes de infecção e evitar complicações e sequelas resultantes de diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado.

Data de início

As ações relacionadas à hanseníase, como política pública, tiveram início na 1ª Conferência Nacional de Saúde, em 1941. Em 2004, foi instituído o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase – Plano de Eliminação da Hanseníase, MS, 2004. Em maio de 2007, instituiu-se o PNCH.

A participação e o controle social

Dão-se por meio de instâncias formais de representação, como a Comissão Intersetorial de Eliminação da Hanseníase, do Conselho Nacional de Saúde, e o Comitê Técnico Assessor do PNCH, e pela participação direta de pessoas ou de representantes dos movimentos sociais.

Modelo de gestão

A gestão é participativa e integrada. A PNCH atua em conjunto com outras áreas do Ministério da Saúde – atenção básica e especializada, saúde da pessoa com deficiência, redes de atenção, regulação, laboratório, assistência farmacêutica, pesquisa, dentre outras –, com as coordenações estaduais e municipais de programas de hanseníase, com os ministérios do Desenvolvimento Social e da Previdência Social, com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, com a Organização Pan-Americana da Saúde, com instituições religiosas e ONG nacionais e internacionais e com os movimentos de representação dos usuários, como o Grupo de Apoio às Mulheres com Hanseníase (Gamah), a ONG Idea e o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Mudanças estratégicas no Programa de Hanseníase

Em 2004, o então Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) alterou a data de cálculo do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase, considerando apenas aqueles presentes na base de dados do Sinan no nível federal até 15 de janeiro do ano seguinte e não mais até 31 de março, como nos anos anteriores, promovendo alteração na série histórica. Como o Sinan não é atualizado em tempo real, nem todos os casos diagnosticados no ano anterior são incluídos em sua base de dados até janeiro.

Essa distorção foi agravada com a alteração do cálculo do coeficiente de prevalência, construído apenas com os casos em tratamento no mês de dezembro, excluindo os casos faltosos e os em tratamento irregular. Tais alterações promoveram queda artificial no número de casos que necessitariam de tratamento, provocando falta de medicamentos em todo o território nacional, uma vez que a quantidade é calculada a partir do número de doentes.

Em 2007, o PNCH mudou a orientação estratégica, face à necessidade de evitar distorções ocorridas em outros países, que, ao atingir a meta de eliminação, deixaram de tratar a hanseníase como prioridade, o que contribuiu para a desestruturação da rede de saúde e para o recrudescimento do número de casos.

Outra mudança estratégica foi a alteração do principal indicador de monitoramento da endemia, que passou a ser, a partir de 2007, a detecção geral e em menores de 15 anos, mais sensíveis às mudanças epidemiológicas, e não mais a prevalência, que sofre influências operacionais.

Em 2009, mudou-se o indicador do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, que passou a ser o número de serviços com pacientes em tratamento, indicador mais adequado para mostrar a descentralização do Programa e mais confiável, por estar vinculado ao Sinan.

Resultados

- Redução de 27,3% no coeficiente de detecção em menores de 15 anos, passando de 7,47 para 5,43/100 mil habitantes de 0 a 14 anos, de 2002 a 2009, superando a meta do PAC - Mais Saúde prevista para 2011, que é de 5,59 (Gráfico 3).
- Redução de 30,7% no coeficiente geral de detecção de casos novos de hanseníase, passando de 28,33, em 2002, para 19,64/100 mil habitantes, em 2009 (Gráfico 3/anexo).
- Redução de 49,5% da prevalência, de 75.624 casos, em 2002, para 38.179, em 2009 (Gráfico 2/anexo)
- Descentralização (PPA): 12.949 UBS com ações de controle de hanseníase implantadas em 2008 – Relatório de Gestão 2007-2008.
- Descentralização (PPA): 9.475 serviços de saúde com pacientes em tratamento em 2009, sendo 90,3% destes serviços de atenção primária. Este passou a ser o indicador de monitoramento da ação de controle da hanseníase inserida no PPA 2008-2011.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Programa Nacional de Controle da Tuberculose

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como propósito fundamental promover o controle da tuberculose no Brasil. Busca a interrupção da transmissão da doença e a consequente diminuição dos riscos de adoecer e de falecer em decorrência dessa enfermidade. Para isso, procura identificar de maneira oportuna todos os doentes de tuberculose e, principalmente, os da forma pulmonar bacilífera (principais transmissores da doença), garantindo seu tratamento até o final. Toda a população brasileira tem direito ao diagnóstico e ao tratamento gratuitos no Sistema Único de Saúde. A maioria dos casos

ocorre em pacientes do sexo masculino e em idade produtiva, prejudicando ainda mais as condições de vida das famílias carentes, maiores vítimas da tuberculose. A pobreza gera a tuberculose, que gera mais pobreza.

Objetivo

Cumprir as metas mundiais de controle da tuberculose, ou seja, localizar, no mínimo, 70% dos casos estimados anualmente para tuberculose e curar, no mínimo, 85% deles.

Instrumentos legais

- Portaria – Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, 1996.
- Portaria nº 2.181, de 21 de novembro de 2001: institui o dia 24 de março como o dia do início da Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose.”
- Portaria nº 2.305, de 4 de dezembro de 2003: repasse do Incentivo Bônus/Revogação da Portaria nº 1.474, de 19 de agosto de 2002.
- Portaria nº 2.306, de 4 de dezembro de 2003: repasse de recursos do plano de Aplicação Imediata para Intensificação das Ações de Controle da Tuberculose.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

No ano de 2003, o controle da tuberculose foi estabelecido como prioridade pelo Governo Federal. Nesse ano foram diagnosticados 77.400 casos novos com uma taxa de incidência de 44,4 pessoas para cada 100 mil habitantes e taxa de mortalidade de 2,9 para cada 100 mil habitantes. A partir desses dados notou-se que 70% dos casos concentrava-se em 315 municípios, que passaram a ser prioritários para o controle da tuberculose e a implementação da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Resultados

Em 2009, o Brasil melhorou sua posição na lista das 22 nações que concentram 80% dos casos da doença no mundo, passando da 18ª para 19ª. Em 2008, ocorreram 70.989 casos novos, contra 72.140, em 2007, conseqüentemente reduzindo a taxa de incidência de 38,1 para 37,4 por 100 mil habitantes. Houve queda também nos números da mortalidade. Em 2008, foram 4.735 óbitos por tuberculose, enquanto que em 2007 ocorreram 4.823. A faixa etária mais acometida é a que vai dos 20 aos 49 anos. Quanto ao tempo de estudo, 73% dos casos novos são de pessoas que têm até oito anos de escolaridade.

De acordo com os dados de 2008, as maiores incidências estão nos estados do Rio de Janeiro (68,64 por 100 mil habitantes), Amazonas (67,88), Pernambuco (47,61), Pará (43,72), Ceará (43,2) e Rio Grande do Sul (42,53). As menores taxas de incidência do País foram registradas no Distrito Federal (13,73), em Tocantins (13,67) e em Goiás (13,91).

Em 2002, a taxa de incidência era de 44,4 casos novos por 100 mil habitantes. Em 2008, esse índice caiu para 37,4, o que representou redução de 15,6% no período. Já a redução na mortalidade no período foi de 16,7%, passando de três por 100 mil habitantes para 2,5.

Nos últimos anos, o PNCT constatou que o Brasil aumentou o percentual de queda de casos novos de tuberculose. Desde 2002, o número de notificações da doença tem caído, em média, 2,3% por ano. Até o final da década de 1990, a redução anual era de 1,4%.

No Brasil, a incidência entre os homens (cerca de 50 por 100 mil habitantes) é o dobro das mulheres. Já nas populações mais vulneráveis, como as indígenas, a incidência é quatro vezes maior do que a taxa nacional. Nos portadores de HIV, é 30 vezes maior e nos privados de liberdade, 25 vezes maior. No entanto, há ocorrências em todos os segmentos da sociedade, independentemente da renda ou da escolaridade.

Desde 2002, o percentual de cura apresenta aumento gradativo. Naquele ano, esse percentual era de 69%. Atualmente, é de 73% dos 70.989 casos novos tratados. A meta do PNCT é atingir 85%, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Outra constatação é que, entre 2002 e 2008, houve aumento do percentual de pacientes com tuberculose (TB) que fizeram testes de detecção do HIV. No início da década, 26,7% fizeram o teste e, em 2008, o percentual subiu para 49%. Como a tuberculose é a principal causa de morte de pessoas com o HIV, quanto mais precoce o diagnóstico, melhores as chances de sobrevivida. Atualmente, o percentual de coinfeção é de 8,8%.

A expansão da cobertura da estratégia do TDO, que consiste no acompanhamento do paciente durante os seis meses de tratamento e é recomendada pela OMS, é outro fator importante para a redução da incidência. Hoje, 43% dos casos novos são acompanhados. Em 2002, eram 3,3%. Atualmente, 86% dos municípios prioritários, que concentram 70% dos casos de tuberculose, adotam o TDO como estratégia para aumentar o percentual de cura da doença.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM)

Objetivo

Reduzir em 41% a incidência de casos novos de malária, passando de 549.314 casos da doença, em 2006, para 324.286 casos, até 2011 – PPA e Programa Mais Saúde.

Instrumentos legais

- Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
- Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009
- Portaria GM/MS nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003
- IN/ SVS/ MS nº 01, de 8 de dezembro de 2003
- Portaria Interministerial nº 2.021, de 21 de outubro de 2003
- Portaria GM/MS nº 1.932, de 9 de outubro de 2003

Participação e controle social

Está em fase de elaboração um estudo socioantropológico com o objetivo de estabelecer a forma mais adequada de trabalho com as comunidades, para a apropriação do conhecimento sobre malária por parte da população, bem como para estimular a participação social.

Modelo de gestão

O PNCM atua de forma descentralizada, com execução das ações pelos municípios e, em algumas situações, pelos estados. Os estados e a União atuam na coordenação, na supervisão, na assessoria, na normalização e no financiamento pactuado e estabelecido na Portaria Ministerial nº 3.252, de 2009. Este instrumento legal também ratifica a gestão compartilhada e aprofunda a integração das ações da vigilância com as da atenção primária. Existe, ainda, uma interface com os órgãos ambientais e de colonização e reforma agrária no processo de licenciamento ambiental nos estados da Amazônia Legal.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A malária é a doença de maior importância epidemiológica da Amazônia, portanto, mereceu destaque no programa de Governo.

Resultados

Em 2009, foram notificados 307.651 casos de malária na Amazônia, o que representa uma redução real de 2,3% em relação ao ano de 2008, quando ocorreram 314.756 casos.

A Ação de Vigilância, Prevenção e Controle da Malária teve como expectativa a ocorrência e a notificação de 444.837 casos de malária em 2009, compromisso assumido pela SVS/MS no PPA. Em 2009, ocorreram na Amazônia 307.651 casos, o que corresponde 69,2% do total de casos esperados para 2009, segundo a meta estabelecida no PPA.

Considerando como referência a Linha de Base 2006 do PPA, com a notificação de 549.314 casos de malária, houve redução de 44% do número de casos de malária em 2009, comparado a 2006, portanto, a meta da ação do PPA, para 2009, foi amplamente superada.

A meta intermediária do PNCM contratualizada no Programa Mais Saúde (PAC Saúde) de 444.837 casos de malária para 2009 na Amazônia foi superada em 31%, tendo sido notificados 307.651 casos, número inferior à meta final do Programa Mais Saúde prevista para ser alcançada em 2011, que era de 324.286 casos de malária na Amazônia.

Considerando como referência a Linha de Base 2006 do Programa Mais Saúde, com notificação de 549.314 casos de malária, houve uma redução de 44% nesse número em 2009, em relação a 2006. Portanto, a meta do Programa Mais Saúde, relativa à malária, foi amplamente superada.

No que diz respeito à gravidade da doença, ocorreu uma redução de internações hospitalares por malária, da ordem de 54,75% em 2009, em relação a 2006.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab)

Objetivo

Realizar a recuperação tecnológica e o fortalecimento institucional do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), visando diminuir as diferenças entre seus entes e o incremento na capacidade de gestão do Sistema.

Data de início

1º/1/2008

Instrumentos legais

Portarias Ministeriais nºs 2.031, de 23 de outubro de 2004, 2.606, de 28 de dezembro de 2005, e 399, de 22 de fevereiro de 2006

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde e com a necessidade de fortalecer a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, foi instituído, em 2006, o Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen), visando melhorar a capacidade do diagnóstico laboratorial das ações de vigilância em saúde.

Resultados

- Laboratórios Centrais de Saúde Pública modernizados: até 2010, será atingida a meta de 23 laboratórios (85,18%) modernizados, restando quatro para 2011. A modernização de cada laboratório contemplou aquisição de equipamentos, capacitação de recursos humanos, implantação de novas técnicas diagnósticas e do sistema de gestão da qualidade.
- Módulo de Biologia Médica Humana, do Laboratório com Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), implantado em 21 unidades da Federação: nos Lacen de Rio Grande do Norte, Ceará e Paraná, em 2008; Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Mato Grosso, Goiás, Tocantins, Maranhão e Rio de Janeiro, em 2009; Acre, Rondônia, Piauí, Amazônia, Roraima, Pará, Paraíba, Distrito Federal e Amapá, em 2010; e nos laboratórios de Referência (LRN) da Fiocruz – Instituto Oswaldo Cruz (IOC), no Rio de Janeiro, e Instituto Evandro Chagas (IEC), no Pará, em 2010.
- Áreas laboratoriais de biossegurança NB₃ estruturadas em 12 laboratórios de Saúde Pública: a estruturação ocorreu em dez laboratórios, sendo Lacen/Ceará, Lacen/Rio Grande do Sul, Lacen/Distrito Federal, Instituto Adolfo Lutz (IAL)/São Paulo, Pasteur/São Paulo, Centro de Referência Professor Helio Fraga (CRPHF)/Fiocruz/Rio de Janeiro, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM)/Fiocruz/Pernambuco, CPqAM/Fiocruz/Bahia e Fundação de Medicina Tropical (FMT)/Amazonas, até 2008, e IEC/Pará, em 2010.

Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs)

Vigilância, prevenção e controle de surtos, epidemias, calamidades públicas e emergências em saúde – Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde.

Ações

- Estruturar 56 Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde, sendo 55 nos estados e capitais e um no Paraguai, até 2011.
- Modernizar tecnologicamente a sede do Centro Nacional de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde até 2010.

Objetivos

Fortalecer a capacidade de detecção, de resposta e de manejo de emergências em saúde pública no SUS e apoiar o GT-Saúde do Mercosul, com a doação de equipamentos para montar estrutura semelhante ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) no Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai.

Data de início

7/7/2005

Instrumento legal

Portaria SVS nº 30, de 7 de julho de 2005

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação do Cievs, em julho de 2005, e da Rede Cievs, a partir de 2008, surgiu da necessidade de fortalecer a capacidade de resposta do SUS aos eventos de relevância nacional e internacional, no contexto da ocorrência, em um mundo cada vez mais globalizado, de um elevado número de agravos inusitados, de situações de emergências epidemiológicas de natureza infecciosa, de catástrofes e outras, com consequente irrupção de surtos e de epidemias causados por inúmeros agentes de natureza tóxica, infecciosa ou desconhecida. A aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional, em 2005, e sua entrada em vigor a partir de 2007 reforçou esta necessidade.

Resultados

Conforme anexos, observa-se que até 2010 (dados parciais) a implantação da Rede Cievs corresponde a 89,3% do total das 56 unidades previstas, ou seja, são 50 unidades implantadas. A modernização tecnológica do Centro Nacional encontra-se em andamento. A notificação de potenciais emergências em saúde pública ao Cievs nos últimos cinco anos passou a se dar cada vez por meio eletrônico e pela Rede Cievs, refletindo a padronização de procedimentos e a incorporação das novas rotinas previstas no RSI em 2005.

A redução do volume de notificações também reflete o mesmo fenômeno, significando o aprimoramento da qualidade técnica da vigilância dessas emergências e a implantação paulatina dos procedimentos operacionais nas secretarias estaduais de Saúde (SES), onde 63% da Rede Cievs encontram-se parcial ou totalmente implantada. Ressalta-se que a implantação da Rede nas capitais encontra-se ainda muito incipiente, uma vez que em 65% das secretarias municipais de Saúde (SMS) existem só os equipamentos instalados.

Destaca-se, ainda, como resultados de ações relacionadas aos objetivos do Programa:

- A formação, no período 2003/2010, de 87 profissionais capacitados para a investigação e para o controle de surtos e epidemias – Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS/Episus.
- Neste mesmo período, foram investigados 145 surtos em diferentes lugares do País, destacando-se as investigações: de eventos adversos graves pós-vacinação contra a febre amarela, em 2009; de surto de doença ocular de etiologia desconhecida em Tocantins, 2006; de infecção hospitalar (micobacterioses) no Rio de Janeiro, 2007; de um surto de beribéri no Maranhão e em Roraima, em 2008; de óbitos por influenza A H1N1 no Rio Grande do Sul, em 2009; de surto de histoplasmose em Cáceres, no Mato Grosso, em 2007; e de cólera em Recife, Pernambuco, em 2005. Estes três últimos trabalhos obtiveram menção honrosa nos congressos de Medicina Tropical em que foram apresentados.
- Implantação de 189 núcleos hospitalares de Epidemiologia (NHE) em hospitais de referência nacional para a vigilância hospitalar, os quais vêm ampliando a detecção e oportunizando a investigação e o controle de doenças de notificação compulsória no ambiente hospitalar, dentre outras atividades.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Vigilância Epidemiológica da Influenza e Pneumonias

Objetivos

Detectar, avaliar, responder e monitorar a ocorrência de casos de influenza e de pneumonias no Brasil.

Data de início

Julho de 2000

Instrumentos legais

- Plano de Contingência do Brasil para o enfrentamento de uma pandemia de influenza.
- Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Influenza Pandêmica – Notificação e Investigação e Monitoramento – IV versão.
- Portaria nº 1.558, de 27 de junho de 2007: institui Grupo Técnico de Orçamento e Finanças com a finalidade de analisar e consolidar as demandas orçamentárias e financeiras para o Plano de Contingência Brasileiro para a Pandemia Influenza.
- Decreto Presidencial s/nº, de 24 de outubro de 2005: institui Grupo Executivo Interministerial (GEI) para os fins que especifica e dá outras providências.

Modelo de gestão

Gestão feita pelo Grupo Executivo Interministerial (GEI), com a finalidade de acompanhar e de propor as medidas emergenciais necessárias para a implementação do Plano de Contingência Brasileiro para a Pandemia de Influenza, visando à prevenção e ao controle da influenza no território nacional. São competências do GEI:

- Acompanhar a execução das ações preventivas para evitar a introdução do vírus responsável pela gripe aviária no território nacional.
- Promover as articulações necessárias para a eficaz implementação das ações de prevenção, de preparação e de enfrentamento, inclusive com estados e municípios.
- Atuar nas restrições identificadas para a implementação das medidas integrantes do Plano de Contingência Brasileiro para a Pandemia de Influenza, de que trata o art. 1º.
- Acompanhar a alocação dos recursos orçamentário-financeiros necessários para a implementação das ações. Elaborar relatórios mensais para encaminhamento aos titulares dos órgãos nele representados.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Os documentos anteriores à pandemia de influenza (H1N1) 2009 foram atualizados para atender a esta situação epidemiológica específica, pois tinham sido construídos para uma resposta de uma possível pandemia de influenza aviária. Dentre os documentos atualizados/ampliados estão: Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza: Notificação, Investigação e Monitoramento – IV versão e o Plano Brasileiro para Enfrentamento de uma Possível Pandemia de Influenza – IV versão.

Em 2009 e 2010, foram periodicamente divulgados informes técnicos e epidemiológicos para esclarecer a população sobre a situação da pandemia de influenza, além de notas técnicas e do boletim epidemiológico – análise da situação epidemiológica e da resposta no ano de 2009.

Também foram reformulados alguns protocolos conforme a lista abaixo:

- Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grava (SRAG)
- Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza de Eventos Adversos Pós-Vacinação – Estratégia de Vacinação contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1)
- Protocolo para Enfrentamento à Pandemia de Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 – Ações de Atenção Primária à Saúde
- Protocolo para Enfrentamento à Pandemia de Influenza Pandêmica em Portos, Aeroportos e Fronteiras

Resultados

Em 2009, foram coletadas 50,3% de amostras clínicas em relação ao preconizado e, em 2010, até junho, o percentual foi de 48,6%. Após a pandemia de influenza (H1N1) em 2009, as unidades da Federação têm demonstrado interesse em ampliar o número de unidades Sentinelas. Atualmente, estão funcionando 62. Em 2010, até a Semana Epidemiológica 35, foram coletadas 4.671 amostras clínicas. No mesmo período do ano anterior, foram coletadas 4.498. Em relação ao percentual de atendimentos por Síndrome Gripal, em 2009 foram 12,8% e até a Semana Epidemiológica 35, em 2010, já foram contabilizados 13,2%. Esses percentuais são das amostras coletadas para exames dos pacientes com suspeita da gripe H1N1 em relação ao total de consultas com diagnósticos de síndrome gripal.

Em 1999, o MS, com a inauguração do Ano Internacional do Idoso, instituiu as campanhas de vacinação contra a influenza, com objetivo de prevenir e de reduzir a morbimortalidade pela doença, bem como suas complicações, principalmente nos idosos. Naquele ano, a meta estabelecida pelo MS era de 70% para as pessoas com 65 anos ou mais de idade. Atualmente, esta meta para cobertura vacinal de idosos é de 80% em idosos acima de 60 anos. A Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) considerou adequado o índice de cobertura vacinal em idosos a partir de 60 anos, nas zonas rurais e urbanas, nos anos de 2000 a 2010, uma vez que ultrapassou o mínimo recomendado. Em 2010, foram vacinadas 15.595.101 pessoas.

Com a implantação da vigilância sentinela de influenza no País, em 2000, foram coletadas 0,04% amostras clínicas e processadas por imunofluorescência. A partir de 2003, observou-se aumento do percentual de amostras coletadas na rede influenza, reflexo da expansão das unidades-sentinelas em todas as UF.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Projeto de redução do percentual de óbitos com causa mal definida

Produção de informações em estatísticas vitais e análises da situação de saúde.

Objetivo

Apoiar o processo de tomada de decisões em saúde, diagnosticando necessidades, identificando prioridades e analisando a distribuição e as desigualdades em saúde.

Data de início

2008

Instrumentos legais

- IN/SVS nº 01, de 8 de dezembro de 2003
- Portaria/SVS nº 20, de 3 de outubro de 2003
- Portaria/GM nº 1.929, de 9 de outubro de 2003
- Portaria GM nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003
- Portaria SVS nº 8, de 1º de março de 2004
- Portaria SVS nº 9, de 1º de março de 2004
- Portaria MS/GM nº 16, de 26 de abril de 2004;
- Portaria GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004
- Portaria GM nº 1.405, de 29 de junho de 2006
- Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008
- Portaria SVS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Criado tendo em vista a necessidade de acompanhamento e de avaliação das ações e dos produtos voltados à vigilância do óbito, com apoio a estados e a municípios, de cooperação técnica nacional e internacional, de articulação com parceiros e com instituições de ensino e de pesquisa na análise, nas produções e na capacitação de recursos humanos no âmbito do SUS.

A OMS estima que um bom sistema de informações sobre mortalidade deve ter pelo menos 90% de cobertura (MATHERS et al., 2005). A dificuldade em obter diretamente a informação dos óbitos ocorridos, além das razões metodológicas já citadas e que incluíram o uso de formulários próprios para coleta de dados, particularmente em estados estratégicos das regiões Norte e Nordeste do País, é agravada pela prática usual utilizada nas regiões Norte e Nordeste de realizar sepultamentos sem a Declaração de Óbito e em locais próximos aos loteamentos na periferia urbana.

Esses locais apresentam-se como uma das alternativas possíveis de sepultamento para a população de baixa renda. Neles são sepultadas crianças, adultos e idosos sem qualquer documentação e sem cumprimento das exigências legais. Os chamados “cemitérios clandestinos” fazem parte de uma problemática que extrapola a questão da cobertura do sistema de informação. Entretanto, são constantes na maioria dos municípios visitados nas regiões Norte e Nordeste. Além de comprometimentos ambientais derivados dessa cultura, como a contaminação do lençol freático e suas consequências para a saúde das populações que convivem próximas ou nesta realidade, a falta de registro dos sepultamentos impede possíveis investigações necessárias para esclarecimento dos óbitos em uma estratégia de vigilância e de investigação.

As declarações de Óbitos (DOs) e de Nascidos Vivos (DNs) epidemiológicas, mesmo sem validade legal, já que não substituem as declarações oficiais, foram instrumentos propostos e implantados em 2010 como alternativas para a busca ativa de nascimentos e de mortes não registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), mas cuja ocorrência pode ser informada ou notificada extraordinariamente por autoridades formais e informais nas comunidades em que tais eventos se deram. O projeto de Autópsia Verbal, também instituído como estratégia de melhoria da qualidade das informações e de vigilância sobre os óbitos, está mais diretamente relacionado ao enfrentamento das mortes com causas mal definidas ou não registradas.

Resultados

- 2005: a proposta inicial era investigar 58.446 óbitos ocorridos, em 2005, nas regiões Norte e Nordeste e notificados sem a definição da causa. Resultado: foram investigados mais de 50% dos óbitos e definida a causa em 70% dos

- casos investigados. O Brasil reduziu de 12,4 %, em 2004, para 10,4%, em 2005, o percentual de óbitos com causas mal definidas. Na região Norte, essa redução foi de 20,8%, em 2004, para 17,7%, em 2005. Na região Nordeste, de 23,7%, em 2004, para 17,2%, em 2005.
- 2006: a proposta inicial era investigar 38.218 óbitos ocorridos, em 2006, nas regiões Norte e Nordeste e notificados sem a definição da causa. Resultado: foram investigados mais de 60% dos casos e definida a causa em 80% dos óbitos investigados. O número de óbitos a serem investigados diminuiu 34% de 2005 para 2006. O Brasil reduziu de 10,4 %, em 2005, para 8,3%, em 2006, o percentual de óbitos com causa mal definida. Na região Norte, essa queda foi de 17,7%, em 2005, para 15,0%, em 2006. Na região Nordeste, de 17,2%, em 2005, para 9,5%, em 2006.
 - 2007: o Brasil reduziu de 8,3%, em 2006, para 7,7%, em 2007, o percentual de óbitos com causa mal definida. Na região Norte, essa queda foi de 15,0%, em 2006, para 12,8%, em 2007. Na região Nordeste, de 9,5%, em 2006, para 8,1%, em 2007.
 - 2008: o Brasil diminuiu de 7,7%, em 2007, para 7,4%, em 2008, o percentual de óbitos com causa mal definida. Na região Norte, essa redução foi de 12,8%, em 2007, para 12,6%, em 2008. Na região Nordeste, houve aumento de 8,1%, em 2007, para 8,3%, em 2008.

Capacitações:

- Capacitação de técnicos da região Nordeste para a aplicação do SIM como ferramenta de vigilância e de análise da situação de saúde, com 80 horas-aula.
- Realização de três reuniões instrumentais para implantação do módulo de investigação do óbito materno – regiões Sul, Sudeste, Nordeste, Norte e Centro-Oeste.
- Realização de três oficinas com participação de técnicos de todo o País e de uma oficina para os representantes das comunidades indígenas para o uso dos instrumentos de informação e de manejo do portal de comunicação em vigilância do óbito.
- Foram identificados, cadastrados, fotografados e georreferenciados os locais existentes nos estados do Rio Grande do Norte, com 425 cadastrados e 380 fotografados e georreferenciados, Paraíba, com 425 cadastrados, fotografados e georreferenciados, Alagoas, em um total de 503 cadastrados, fotografados e georreferenciados, Pernambuco, com 862 cadastrados, Bahia, com 825 cadastrados, e Ceará, com 1.118 cadastrados.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Produção de informações em estatísticas vitais e análises da situação de saúde

Objetivo

Apoiar o processo de tomada de decisões em saúde, diagnosticando necessidades, identificando prioridades e analisando a distribuição e as desigualdades em saúde.

Instrumentos legais

- IN SVS nº 01, de 8 de dezembro de 2003
- Portaria GM nº 1.929, de 9 de outubro de 2003
- Portaria GM nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003
- Portaria GM nº 1.172, de 15 de junho de 2004
- Portaria SVS nº 20, de 3 de outubro de 2003
- Portaria SVS nº 08, de 1º de março de 2004
- Portaria SVS nº 09, de 1º de março de 2004

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Implantada tendo em vista a necessidade de acompanhamento e de avaliação das ações e dos produtos voltados ao monitoramento das estatísticas vitais e das análises de situação de saúde, como apoio a estados e a municípios, de cooperação técnica nacional e internacional, de articulação com parceiros e com instituições de ensino e de pesquisa nas análises, nas produções e na capacitação de recursos humanos no âmbito do SUS.

Resultados

- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Publicação da Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.
- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Publicação da Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS.
- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e Publicação da Portaria GM/MS nº 1.405, de 29 de junho de 2006, que institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa *Mortis* (SVO).
- Aumento da cobertura do SIM para 91% no País, alcançando nas regiões coberturas de 82% no Norte, de 77% no Nordeste, de 99% no Sudeste, de 100% no Sul e de 93% no Centro-Oeste. O que significa, na comparação com 2002, aumentos de 10% no Brasil (de 83% para 91%), de 14% na região Norte (de 72% para 82%), de 12% na região Nordeste (de 69% para 77%), de 9% na região Sudeste (de 91% para 99%), de 6% na região Sul (de 95% para 100%), e de 6% na região Centro-Oeste (de 88% para 93%) – (Figura 3).
- Aumento da cobertura do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) para 96% no País, alcançando nas regiões coberturas de 100% no Norte, de 85% no Nordeste, de 100% no Sudeste, de 100% no Sul e de 96% no Centro-Oeste. O que significa, na comparação com 2002, aumentos de 12% no Brasil (de 86% para 96%), de 24% na região Norte (de 80% para 100%), de 6% na região Nordeste (de 80% para 85%), de 12% na região Sudeste (de 89% para 100%), de 13% na região Sul (de 88% para 100%) e de 2% na região Centro-Oeste (de 94% para 96%) – (Figura 4).
- Realização de cursos de especialização em análise de dados secundários e de diversos cursos na área de análise, geoprocessamento, georreferenciamento e para codificadores de causa básica de morte.
- Desenvolvimento e divulgação do Atlas de Saúde.
- Publicação do *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde* – edições anuais de 2004 a 2009.
- Elaboração dos *Cadernos de Situação de Saúde*, posteriormente transformados em *Relatórios de Situação de Saúde* – edições 2005 a 2009.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

Incentivo financeiro à Vigilância em Saúde (VS)

Objetivo

Fortalecer a gestão em Vigilância em Saúde dos estados e dos municípios

Instrumentos legais

- Portaria GM nº 3.252, de 2009
- Portaria nº 1.007, de 2010
- Decreto nº 7.135, de 2010

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A descentralização das ações de Vigilância em Saúde, para estados e para municípios concretizou um marco dessa área a partir de 1999, quando foi publicada a Portaria nº 1.399, atualizada, posteriormente, pela Portaria nº 1.172, de 17 de junho de 2004.

Em 2009, houve a necessidade de rever a normativa da Vigilância em Saúde, tendo em vista o Pacto pela Saúde, o processo de planejamento do SUS, a definição de estratégias de integração da vigilância com a assistência à saúde, em especial com a atenção primária.

Com o objetivo de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados, municípios e Distrito Federal, foi publicada a Portaria GAB/MS nº 3.252, de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para a execução e para o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pelas três esferas de gestão do SUS. Ela estabelece o Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) como a principal fonte de financiamento das ações de VS.

O PFVPS compõe-se de um valor *per capita*, estabelecido com base na estratificação, na população e na área territorial de cada unidade federativa. As transferências são realizadas de forma regular, da União para estados, municípios e Distrito Federal.

A Portaria nº 3.252 cria também o Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), constituído por incentivo específico, por adesão ou por indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

Resultados

- Compatibilização dos instrumentos e dos processos de planejamento e de programação da Vigilância em Saúde com o Pacto pela Saúde.
- Acompanhamento das ações de Vigilância em Saúde em 100% dos estados e das capitais.
- Repasse financeiro regular e contínuo para 100% dos estados e dos municípios para o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde.
- Alteração da metodologia do monitoramento para cooperação técnica integrada.
- Alimentação regular de sistema de informação em saúde para garantir o repasse do recurso financeiro.

C) COMPLEXO INDUSTRIAL/PRODUTIVO DA SAÚDE

A estratégia de fortalecimento da produção e de inovação do Complexo Industrial da Saúde (CIS) foi adotada como prioridade para permitir a associação e o aprofundamento dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a transformação necessária da estrutura produtiva do País.

Nesse contexto, foram definidas as seguintes diretrizes:

- Implementação de uma Política de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, integrando centros de pesquisa, laboratórios oficiais e universidades, visando à pesquisa e ao desenvolvimento de fármacos.
- Realização de estudos e de pesquisas sobre os problemas de saúde prioritários para o SUS.
- Estímulo à criação de farmácias populares e à reformulação e ampliação dos genéricos.
- Reformulação da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), garantindo o fornecimento gratuito de uma lista básica, conforme as prioridades regionais e as diretrizes terapêuticas acordadas com especialistas.
- Composição com estados e com municípios de um fundo para compra dos medicamentos prioritários.
- Reabertura da Central de Medicamentos (Ceme), como instituição de apoio e de acompanhamento da produção e de distribuição de medicamentos para a população carente e de baixa renda, assim como de rearticulação de fundos públicos específicos para o setor.
- Avaliação, por parte do Ministério da Saúde, da composição dos preços dos medicamentos comercializados no País para que se evitem aumentos abusivos.
- Fortalecimento dos laboratórios oficiais de medicamentos, ampliando a capacidade produtiva.
- Estabelecimento de canal junto aos laboratórios privados nacionais visando à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção de medicamentos que atendam às necessidades da população.
- Realização de ampla discussão com a sociedade sobre a Lei de Patentes e suas consequências.

Entre outras ações voltadas para o Complexo Industrial da Saúde, tratou-se da consolidação e da ampliação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma/BNDES) e da busca por linhas de crédito em instituições multilaterais ou de financiamento ao fomento de países em desenvolvimento. E também: da criação de mecanismos de salvaguarda, antidumping e de defesa da concorrência e da utilização do poder de compra público como instrumento fundamental para a criação de mercado para a produção nacional.

Para a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, verificou-se a necessidade de ampliar o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional, com a priorização do acesso aos medicamentos de alto custo. E, também, de qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, de efetivar a inserção da assistência farmacêutica na política de atenção à saúde dos povos indígenas e de definir e pactuar ações intersetoriais que visem à internalização e ao desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e de serviços, voltados para todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a produção de fitoterápicos e a implementação de opções terapêuticas adequadas ao princípio de integralidade do SUS.

Em relação à assistência farmacêutica, no período entre 2003 a 2009, os gastos com medicamentos subiram em 233% – de R\$ 1,91 bilhão, em 2003, para R\$ 6,7 bilhões, em 2010 (setembro/2010). Este incremento garantiu a ampliação da lista de medicamentos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, o aumento de repasse para a assistência farmacêutica básica – saindo de R\$ 1,00, em 1999, para R\$ 5,10, em 2010 –, a ampliação do elenco e a garantia de acesso aos medicamentos dos programas estratégicos – programa de DST/aids, tuberculose, hanseníase, sangue e hemoderivados, multidroga resistente, endemias focais, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo.

Permitiu, também, a implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil, cujo objetivo é ampliar o acesso da população a medicamentos nas duas modalidades – rede própria e parceria com farmácias e drogarias privadas – Aqui Tem Farmácia Popular –, com o intuito de garantir o menor preço ao usuário, diminuindo, assim, o impacto no orçamento familiar. Atualmente, o Programa atende cerca de dois milhões de pessoas por mês.

Outra iniciativa estruturante foi a criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), que vem norteando um novo marco regulatório para o setor, articulando a política de saúde com a política industrial, no âmbito do Complexo Industrial da Saúde. Nesse escopo, destacam-se a efetivação dos acordos para o desenvolvimento da produção, realizados entre os laboratórios públicos e privados, a elaboração da lista de produtos estratégicos para o SUS que orienta o fomento e a regulação e a proposição de Anteprojeto de Lei de Compras Governamentais.

Ênfase ainda para o aperfeiçoamento da regulação na área sanitária de produtos de alto valor agregado, principalmente bioprodutos e insumos farmacêuticos ativos, que permitem o desenvolvimento tecnológico e a inovação no País, ampliando o acesso da população brasileira a produtos de maior conteúdo tecnológico. Evidenciou-se também um forte incremento dos recursos alocados nas ações de fomento ao Complexo Industrial da Saúde, tanto provenientes de dotação orçamentária do MS, quanto advindos das parcerias com o BNDES (Profarma) e com a Financiadora de Estudos e Projetos -FINEP.

Quanto ao fomento à produção de conhecimentos científicos, que tem como eixos norteadores a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, conta com a participação de gestores das três esferas de governo na condução dessa política, o que tem sido fundamental para colocar os problemas de saúde na pauta das investigações científicas. Um exemplo exitoso é a crescente participação das secretarias estaduais de Saúde na gestão e no financiamento do Programa Pesquisa para o SUS, implantado em todos os estados. A Coordenação Nacional da Investigação em Saúde também permitiu que o País estabelecesse pesquisas multicêntricas e redes de colaboração, iniciativas que demandam ampla convergência entre muitos atores.

O Estudo Longitudinal sobre a Saúde de Adulto (Elsa), as redes nacionais de pesquisa clínica, de terapia celular, de pesquisas sobre o câncer, malária, dengue e o esforço de pesquisa sobre a influenza H1N1 são exemplos desse exercício, demonstrando amadurecimento da gestão de investimentos na pesquisa em saúde, em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) e com as fundações estaduais de Amparo a Pesquisas (FAPs).

De 2003 a 2009, foram aprovados mais de 3,7 mil projetos e disponibilizados R\$ 650 milhões, 60% dos quais em recursos próprios e o restante originário de instituições parceiras. Dos projetos financiados, 42% são oriundos do Sudeste; 34%, do Norte e do Nordeste; 17%, do Sul; e 7%, do Centro-Oeste. Além dessas ações, destacam-se a divulgação dos resultados de pesquisas, o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, bem como a bioética e a ética em pesquisa.

A criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias, bem como a consolidação das ações de avaliação e de incorporação de tecnologias em saúde, a instituição da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) e a aprovação da Política de Gestão de Tecnologias no SUS são iniciativas importantes para a própria sustentabilidade do SUS. **Anvisa:** tem como objetivo prevenir e controlar os riscos à saúde da população, obteve importantes realizações nos últimos anos, reflexos do avanço da instituição para a garantia da qualidade e da segurança de produtos e de serviços. Com a criação do Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação, que tem a meta de aprimorar o sistema regulatório da instituição e de garantir maior qualidade e efetividade da regulação sanitária, a Anvisa demonstrou pioneirismo na administração pública ao proporcionar maior transparência à atividade regulatória com a publicação anual de uma Agenda Regulatória e com implantação da Análise de Impacto Regulatório.

Um dos principais resultados obtidos foi o reconhecimento internacional por meio da Certificação da Organização Pan-Americana de Saúde, da OMS. A Vigilância Sanitária brasileira passou por auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), como parte do processo de pré-qualificação da Anvisa como Autoridade Reguladora Brasileira. O sistema de Vigilância Sanitária recebeu nível IV (maior nível de qualificação) em todos os critérios avaliados. Essa pré-qualificação permite à Anvisa participar dos processos licitatórios do Fundo Estratégico da OMS. Esse Fundo assegura um fluxo constante de medicamentos e de insumos a custo reduzido para os programas prioritários de saúde pública dos países associados.

Fiocruz: como participante essencial do complexo produtivo da saúde brasileiro, tem proporcionado economia aos cofres públicos e entregue ao SUS uma seleção de produtos essenciais e de qualidade para consumo pela população. Tal resultado advém de duas estratégias centrais: o reforço recente das atividades de desenvolvimento tecnológico, complementar à pesquisa de qualidade há décadas desenvolvida na Fiocruz, com a incorporação tecnológica oportuna de produtos de parceiros externos, abreviando passos e, simultaneamente, disponibilizando plataformas para o desenvolvimento de outros produtos.

A Fundação desempenha papel estratégico de suporte à Política Nacional de Medicamentos, à Política Nacional de Vigilância e Controle de Doenças e ao Programa Nacional de Imunizações, produzindo e desenvolvendo vacinas, kits para diagnóstico de doenças infecciosas, medicamentos e tecnologia para produtos farmacêuticos de origem sintética e natural, com o objetivo de atender às necessidades de programas do Ministério Saúde, dos estados e dos municípios, favorecendo as ações do SUS.

Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás): em outubro de 2007, ocorreu a assinatura do contrato de transferência de tecnologia com o Laboratoire Français du Fractionnement e des Biotechnologies (LFB), sediado na França. Em face de oportunidades mercadológicas observadas, ampliou-se o portfólio de produção inicialmente previsto de quatro para seis produtos: concentrado de fator VIII, concentrado de fator IX, albumina, imunoglobulina, fator *von Willebrand* e complexo protrombínico.

Como decorrência da assinatura do contrato, o LFB apresentou as primeiras informações tecnológicas e de engenharia que possibilitaram melhor estimar os custos da implantação da fábrica e de apresentação dos projetos básicos (2008) e executivos (2009/2010) da planta industrial.

O processo de transferência de tecnologia avançou com a realização dos primeiros treinamentos de técnicos na França, com o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da adequação dos projetos executivos e também com o detalhamento das especificações técnicas para a aquisição dos inúmeros materiais e equipamentos para o funcionamento da fábrica.

A Hemobrás, hoje, está organizada e dotada de capacidade profissional para finalizar o processo de transferência da tecnologia, das obras, utilidades e aquisição dos equipamentos e validação, além de avançar no processo de qualificação do plasma excedente.

Ampliação do financiamento per capita da assistência farmacêutica básica

Ampliação gradual, a partir de 2008, do valor do financiamento *per capita* da Assistência Farmacêutica Básica.

Objetivo

Expandir o acesso da população a medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e qualificar a gestão da assistência farmacêutica.

Data de início

2008

Instrumentos legais

- Portaria nº 2.982/GM, de 26 de novembro de 2009
- No período de 2003 a 2010, o financiamento foi reformulado por meio das seguintes portarias:
 - ✓ PT GM/MS nº 1.105, de 5 de julho de 2005
 - ✓ PT GM/MS nº 2.084, de 28 de outubro de 2005
 - ✓ PT GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007

Modelo de gestão

O repasse do recurso financeiro é efetuado do fundo federal diretamente aos fundos estaduais e municipais, estando condicionado à contrapartida dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) com o propósito de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção de seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A PNM fundamentou-se na descentralização das ações estabelecidas na Lei nº 8.080, de 1990, o que levou à definição de planos, de programas e de atividades específicas da assistência farmacêutica nas esferas federal, estadual e municipal para sua implementação.

Esse processo teve início com a publicação da Portaria GM nº 176, 8 de março de 1999, que criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Iafab) e estabeleceu o repasse de recurso do fundo federal diretamente aos fundos estaduais e municipais, estando condicionada à contrapartida dos estados, os municípios e do Distrito Federal. Assim, a União contribuía com

R\$ 1,00/habitante/ano para o lafab, enquanto os estados, o Distrito Federal e os municípios contribuíam com pelo menos R\$ 0,50/habitante/ano. A Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000, estabeleceu o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para Pactuação na Atenção Básica, com um total de 18 fármacos em 24 apresentações.

No ano de 2004, a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf). Seus eixos estratégicos abrangem a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras de forma pactuada e visando à superação da fragmentação em programas desarticulados, a ampliação e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, de entre outros.

No período de 2003 a 2010, foram publicadas quatro portarias que estabeleceram regramentos para o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica e elencos mínimos obrigatórios de medicamentos nesse nível de atenção à saúde.

Atualmente, a Portaria nº 2.982/GM, de 26 de novembro de 2009, estabeleceu a partida federal de R\$ 5,10/habitante/ano e as contrapartidas municipal, estadual e do Distrito Federal de, no mínimo, R\$ 1,86/habitante/ano cada. O Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é constituído de 127 fármacos em 220 apresentações, oito medicamentos fitoterápicos, medicamentos homeopáticos, segundo a Farmacopeia Homeopática Brasileira (2ª edição), e insumos para o combate ao tabagismo e para a anticoncepção. Esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos constantes no elenco estabelecido. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das farmácias do SUS e na qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à assistência farmacêutica básica.

Resultados

Foi possível aumentar gradualmente, a partir de 2008, o valor do financiamento *per capita* da assistência farmacêutica básica:

- Ampliação do valor do financiamento *per capita* da assistência farmacêutica básica por parte da União de R\$ 1,00/habitante/ano, com contrapartida mínima de R\$ 0,50/habitante/ano, em 2003, para R\$ 5,10/habitante/ano, com contrapartida mínima de R\$ 1,86/habitante/ano, em 2010.
- Ampliação do elenco de medicamentos da assistência farmacêutica básica, passando de 18 fármacos em 24 apresentações, em 2003, para 127 fármacos em 220 apresentações, com acréscimo de oito medicamentos fitoterápicos, medicamentos homeopáticos, segundo a Farmacopeia Homeopática Brasileira (2ª edição), e insumos para combate ao tabagismo e para anticoncepção em 2010.
- Disponibilidade de recursos para a estruturação dos serviços e para a qualificação das ações de assistência farmacêutica na atenção básica.
- Busca da integralidade do tratamento das doenças previstas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, com a participação dos municípios.

Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE)

Consolidação da reformulação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, estabelecendo o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Objetivos

- Otimizar os recursos orçamentários disponíveis.
- Definir as responsabilidades para cada esfera de gestão em relação às doenças e aos fármacos a partir da melhor definição para o Componente.
- Garantir uma linha de cuidado mediante a integralidade do tratamento.
- Ampliar a cobertura para doenças relevantes do ponto de vista clínico-epidemiológico.
- Incorporar novos tratamentos.

Data de início

1º de março de 2010, início de vigência da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Instrumento legal

Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009; regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Modelo de gestão

Para a consolidação e o aprimoramento são fundamentais as ações e as atividades executadas na Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde, do Ministério da Saúde. É no âmbito da Comissão que as demandas de incorporação de medicamentos são discutidas e encaminhadas.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Em 2006, foi revisto o Programa de Medicamentos Excepcionais e publicada a Portaria GM nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, que definiu os objetivos e as responsabilidades dos estados e da União em relação ao denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE).

No sentido de aprimorar o CMDE, contemplando os objetivos acima definidos, em 2009, após pactuação na CIT, foi publicada a Portaria GM nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, que aprovou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), objetivando a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, no âmbito ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Considerando os medicamentos dos Grupos 1, 2 e 3, o Ceaf é composto por 147 fármacos em 314 apresentações farmacêuticas.

Resultados

Recursos orçamentários: no período de 2003 a 2010, houve aumento percentual superior a 500% em relação ao gasto financeiro com medicamentos de alto custo (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), passando de R\$ 516 milhões, em 2003, para R\$ 2,65 bilhões, em 2010. Para 2011, o orçamento aprovado é de R\$ 3,03 bilhões.

Acesso aos medicamentos: no período de 2003 a 2010, houve crescimento exponencial no número de unidades farmacêuticas dispensadas aos usuários, passando de 132.102.077 unidades, em 2003, para aproximadamente 624.895.064, em 2010.

Ampliação do elenco de medicamentos: no período de 2003 a 2010, houve ampliação no número de medicamentos, passando de 101 fármacos em 226 apresentações, em 2002, para 147 fármacos em 314 apresentações.

Implantar o Sistema Informatizado para Gerenciamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nos Estados e no Distrito Federal

Objetivos

Ampliar o acesso da população a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e qualificar a gestão da assistência farmacêutica.

Data de início Maio de 2006

Instrumento legal

A regulamentação do CMDE se deu por meio da Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, e da Portaria GM/MS nº 2.981, de 2009, de 26 de novembro de 2009.

Modelo de gestão

Os medicamentos estão em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas: Grupo 1A – aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e Grupo 1B – adquiridos pelos estados, com transferência de recursos financeiros pelo MS. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é das secretarias estaduais de Saúde. No Grupo 2, devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas secretarias estaduais de Saúde. No Grupo 3, o financiamento é tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Considerando a regulamentação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional em 2006, as constatações dos Relatórios da Controladoria-Geral da União (CGU) e do Tribunal de Contas da União (TCU) e a necessidade de implantar um sistema informatizado para o gerenciamento do Componente, o MS, em parceria com a Companhia de Informática do

Paraná (Celepar), optou pela criação e pelo desenvolvimento do Sistema Informatizado para Gerenciamento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (Sismedex).

Com o Sistema implantado em todo o País, podem ser mensurados os indicadores de desempenho e podem ser feitos o monitoramento do gerenciamento e a obtenção de informações, tais como: a quantidade de pacientes cadastrados, o controle da adesão dos pacientes ao trabalho, atendimentos realizados, a quantidade de medicamentos dispensados, o controle de estoque de medicamentos, subsidiando os gestores na tomada de decisão.

Resultados

- Até 7/2010, o Sismedex foi implantando em 16 unidades federadas: Acre, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, Tocantins, Paraíba, Sergipe, Alagoas e Ceará.
- Existência de quatro unidades federadas com pendências no processo de implantação: Amapá, Maranhão, Mato Grosso e Roraima.
- Sistemas independentes em sete unidades federadas: Bahia, Espírito Santo, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo.
- A interoperabilidade da base nacional do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, homologada e efetivada, para os estados que estiverem integrados com o Sismedex/Hórus – atualmente 20 estados.
- Para os demais estados que possuem sistemas independentes, estes deverão passar por um processo de validação e a homologação de suas regras para a adequação e o ajuste dos dados que deverão ser encaminhados à base nacional de dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), com data prevista para novembro de 2010.

Implantar o Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica

Objetivos

- Qualificar a gestão da assistência farmacêutica no SUS.
- Auxiliar no planejamento, na avaliação e no monitoramento das ações nessa área e contribuir para a ampliação do acesso e da promoção do uso racional de medicamentos.

Data de início

3/12/2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Considerando a necessidade da qualificação da gestão da assistência farmacêutica nos municípios e a importância da ampliação do acesso aos medicamentos e a promoção do seu uso racional, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS) e com a Empresa Municipal de Informática do Recife (Emprel), desenvolveu o Hórus.

O Hórus tem como finalidade contribuir com a gestão da assistência farmacêutica por meio da informatização dos almoxarifados/Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias/unidades de saúde para auxiliar no planejamento, no monitoramento e na avaliação das ações da assistência farmacêutica.

O Sistema permite, entre outras funcionalidades, o controle de estoque, a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos e dispensados, o agendamento das dispensações, o conhecimento do perfil de consumo, o acompanhamento do uso dos medicamentos e, ainda, a geração de dados para o desenvolvimento de indicadores de assistência farmacêutica.

Resultados

- Atualmente, 814 municípios finalizaram o Cadastro de Adesão, que se trata de um questionário com perguntas sobre a gestão municipal, organização e gestão da assistência farmacêutica, recursos humanos, serviços farmacêuticos, estrutura física e equipamentos. Ao todo, 798 secretários municipais assinaram o termo de adesão para oficializar as competências do gestor federal e municipal em relação ao Sistema.
- Um total de 536 municípios foram capacitados e 100 municípios solicitaram a senha do ambiente de produção para iniciar a implantação do HÓRUS.

Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Ampliar o número de medicamentos fitoterápicos no SUS e capacitar profissionais de saúde e gestores em plantas medicinais/fitoterapia.

Objetivos

- Ampliar o acesso da população aos medicamentos fitoterápicos e qualificar a gestão da assistência farmacêutica em plantas medicinais/fitoterapia.
- Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

Data de início

Dezembro de 2008

Instrumento legal

Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008: aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Participação e controle social

- Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituído pela Portaria Interministerial nº 2.960: tem o objetivo de monitorar e avaliar o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). É constituído por representantes de 11 ministérios, da Anvisa e da Fiocruz e por 13 representantes da sociedade civil.
- Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde, instituída pela Resolução CNS nº 371, de 14 de junho de 2007: tem como objetivo monitorar a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) – no SUS, aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de maio de 2006.

Modelo de gestão

Gestão participativa, coordenada pelo Ministério da Saúde, com a participação do Grupo Técnico Interministerial e da sociedade civil, representando áreas da agricultura, da agricultura familiar, de pesquisa, da indústria, de serviços de atenção à saúde, de assistência farmacêutica, de povos e comunidades tradicionais e dos biomas brasileiros. A integração das competências de diversos órgãos do Governo e da sociedade civil objetiva uma formulação participativa das estratégias, o gerenciamento transparente da execução e um processo sistemático de monitoramento e de avaliação das ações, de projetos e do contexto de implementação do PNPMF.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A partir de várias recomendações de conferências nacionais de Saúde e de outras atividades estruturantes, realizadas no período de 2003-2008, o PNPMF foi elaborado em conformidade com as diretrizes e com as linhas prioritárias da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e estabelece ações pelos diversos parceiros, com objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e do uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos em nosso País, ao desenvolvimento de tecnologias e de inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde.

O PNPMF se propõe a:

- Construir e/ou aperfeiçoar o marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e de fitoterápicos, a partir dos modelos e das experiências existentes no Brasil e em outros países.
- Desenvolver instrumentos de fomento à pesquisa, desenvolver tecnologias e inovações em plantas medicinais e em fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.
- Desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e de fitoterápicos.
- Inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade.

- Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.
- Estabelecer mecanismos de incentivo ao desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e de fitoterápicos.
- Instituir uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e de fitoterápicos.

Resultados

- No período de 2003 a 2008, foram investidos mais de R\$ 10 milhões em 79 projetos de pesquisa na área de plantas medicinais e de fitoterápicos.
- Foi realizado o levantamento bibliográfico de 71 espécies vegetais da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS.
- Foi instalada a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Comafito).
- Foi divulgado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em 33 eventos nacionais, no período de dezembro de 2008 a julho de 2010.
- Foram incluídos fitoterápicos no Elenco de Referência da Assistência Farmacêutica Básica, inicialmente dois, por meio da Portaria GM/MS nº 3.237, de 2007, e ampliados para oito, por meio da Portaria GM/MS nº 2.982, de 2009. Foi realizado o Seminário do Complexo Industrial da Saúde e Fitoterápicos.
- Foi instituída a Farmácia Viva no SUS.
- No âmbito do Ministério da Saúde, estão sendo capacitados 440 farmacêuticos em Gestão da Assistência Farmacêutica, bem como em fitoterapia, em 13 instituições de ensino superior/escolas de saúde pública.

Programa Farmácia Popular do Brasil

Implementação de ações que promovam a ampliação do acesso da população a medicamentos, como insumo estratégico da política de saúde, para assegurar medicamentos básicos e essenciais a baixo custo para aqueles cidadãos que adquirem seus tratamentos na rede privada. O Programa disponibiliza, por meio de ressarcimento do preço de custo, medicamentos produzidos pelos laboratórios estatais ou adquiridos da indústria privada, com foco na efetivação da assistência farmacêutica. O elenco de medicamentos selecionado para compor o Programa foi estabelecido com base em evidências epidemiológicas e na prevalência de doenças e de agravos, podendo ter determinadas diferenças e características macrorregionais.

Objetivo

Ampliar o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar.

Data de início

7/6/2004

Instrumentos legais

- Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004: autoriza a Fiocruz a distribuir medicamentos mediante o ressarcimento de seus custos.
- Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004: institui o Programa.
- Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004: estabelece o incentivo financeiro ao Programa Farmácia Popular.
- Portaria nº 1.764, de julho de 2007: dispõe sobre o modelo de gestão do Programa.

Modelo de gestão

O Programa Farmácia Popular do Brasil é desenvolvido e operacionalizado em parceria com a Fiocruz e é coordenado por um Conselho Gestor com representantes tanto da MS quanto da Fiocruz.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Pesquisa sobre os gastos das famílias brasileiras com saúde, recentemente divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz, indica que as despesas com saúde são o terceiro maior gasto das famílias de baixa renda. Os medicamentos representam 61% desses

gastos. Cerca de 13% das pessoas ouvidas na pesquisa tiveram dificuldades de acesso aos medicamentos de que necessitaram, sendo que 55% delas não tiveram como pagar o preço dos remédios. Apesar de todos os esforços realizados até 2004, reconhece-se que grande parcela da população utiliza a rede de farmácias privadas para obter os medicamentos de que necessita. Dados do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) indicam que 75% da população brasileira recorrem às farmácias privadas para ter acesso a medicamentos e a outros insumos de forma sistemática ou eventual. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Resultados

- A população conta com 547 unidades em funcionamento distribuídas em 422 municípios. As unidades prestam assistência a, em média, 950 mil pessoas por mês. Desde a criação do Programa até setembro/2010, foram 50 milhões de pessoas beneficiadas pelo Farmácia Popular, com mais de 290 milhões de unidades (cartelas, blisters, frascos) de medicamentos (outubro/2010).
- O Programa conta com o elenco de 108 medicamentos e com o preservativo masculino, dispensados a preço de custo para a população.
- Desenvolvido indicador para as farmácias populares do Brasil, não vinculado exclusivamente à Fiocruz, e sim à capacidade operacional dos parceiros municipais, estaduais e de instituições filantrópicas em adequar o espaço físico destinado à instalação da farmácia e a disponibilização à Fiocruz. Importante destacar outros dois indicadores acompanhados pela Fiocruz, o de atendimentos realizados e o de unidades farmacêuticas dispensadas, que demonstram crescimento ao longo dos anos, especialmente de 2008 para 2009.
- Em 2009, foram atendidos mais de 11,4 milhões de usuários, um aumento de 27% com relação a 2008. E foram dispensadas 866 milhões de unidades farmacêuticas, um aumento de 13% com relação a 2008.
- A Pesquisa Quantitativa Regular Bimestral 2009/03, da empresa Meta Pesquisas de Opinião, realizada em novembro de 2009 pelo Governo Federal, apresentou uma comparação na avaliação de programas sociais do Governo Federal em percentual, apontando o Programa Farmácia Popular como um dos que apresentaram tendência de crescimento nos índices de avaliação positiva, atingindo o patamar de 73% de avaliação como ótimo/bom. Do total de farmácias populares mantidas em 2009, 33,5% encontram-se na região Nordeste e cerca da metade (48%), nas regiões Norte e Nordeste.

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.

EVOLUÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR - REDE PRÓPRIA

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (out.)
Quantidade de unidades próprias	27	75	259	407	504	530	542

Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui tem Farmácia Popular

Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil mediante o credenciamento da rede privada de farmácias e de drogarias com o objetivo de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e a mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção – distribuição – varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico. Os medicamentos do Programa são vendidos com preços até 90% menores dos cobrados nos estabelecimentos privados não cadastrados.

Conta com um elenco de 15 medicamentos em 557 apresentações, em que o Governo Federal paga uma parte do valor do medicamento e o cidadão paga o restante. São medicamentos para o tratamento de doenças com maior prevalência na população como a hipertensão e o diabetes, contraceptivos, o Fosfato de Oseltamivir para o enfrentamento da pandemia por influenza A H1N1, medicamentos para o tratamento da dislipidemia (sinvastatina) e a insulina regular para o tratamento do diabetes.

Objetivo

Expandir o Programa Farmácia Popular do Brasil, credenciando farmácias privadas no Sistema de Copagamento, no qual o Governo Federal paga uma parte do valor do medicamento e o cidadão paga o restante, para venda de medicamentos definidos pelo Programa, de forma a ampliar o acesso a medicamentos essenciais a um baixo custo.

Data de início

9/3/2006

Instrumentos legais

- Portaria nº 491, de 9 de março de 2006: dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil (revogada).
- Portaria nº 1.414, de 13 de junho de 2007: altera a Portaria no 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil (revogada).
- Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009: dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular (revogada).
- Portaria nº 986, de 12 de maio de 2009: institui o Comitê de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular.
- Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009: dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular.
- Portaria nº 367, de 22 de fevereiro de 2010: inclui o medicamento Fosfato de Oseltamivir no Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular e define os valores de referência para as suas apresentações.
- Portaria nº 947, de 26 de abril de 2010: amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Programa Aqui Tem Farmácia Popular foi instituído, em 9 de março de 2006, como expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, mediante sistema de copagamento. Este Programa foi reformulado e ampliado para atingir mais pessoas em mais cidades, principalmente a parcela da população que tem acesso a serviços assistenciais privados, mas não tem todo o recurso necessário para adquirir medicamentos essenciais à proteção ou à recuperação da saúde. Assim, de forma a ampliar o número de empresas privadas credenciadas, em outubro de 2008 foi assinado um contrato entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal, que passou a receptionar e a conferir a documentação necessária ao credenciamento das empresas no Programa, por meio da sua rede de agências em todo o território nacional.

Resultados

Desde 2006, o Programa Aqui Tem Farmácia Popular financiou R\$ 938 milhões, dispensando mais de três bilhões de unidades farmacotécnicas. Atualmente, são 12.234 estabelecimentos credenciados que estão presentes em 2.249 municípios brasileiros, chegando a uma população potencial de mais de 130 milhões de habitantes, os quais são responsáveis por uma média de 1,2 milhão de atendimentos mês.

- Em 2007, o elenco de medicamentos aumentou com a inclusão dos contraceptivos, medicamentos destinados a ações de saúde de amplo impacto social.
- Em fevereiro/2010, o elenco de medicamento aumentou e incluiu o Fosfato de Oseltamivir para o enfrentamento da pandemia por influenza A H1N1.
- Em abril/2010, foram incluídos medicamentos para o tratamento da dislipidemia, caracterizada pela presença de níveis elevados de gorduras no sangue, e a insulina regular para o diabetes.
- Atualmente, o elenco do Programa conta com 16 medicamentos.

EVOLUÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR - SISTEMA DE COPAGAMENTO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (out.)
Quantidade de empresas credenciadas	-	-	2.955	5.052	6.459	10.790	13.378

Fornecimento das insulinas humanas NPH e Regular

Prover o fornecimento da Insulina Humana NPH e da Regular aos estados, para o atendimento de 100% dos pacientes insulino-dependentes usuários da rede básica de saúde.

Objetivo

Ampliar o acesso da população a medicamentos e a insumos para o tratamento do diabetes.

Data de início

Junho de 2008

Instrumentos legais

- Portaria nº 371, de 4 de março de 2002
- Lei Federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006
- Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007
- Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009

Modelo de gestão

Os antidiabéticos orais (Glibenclamida, Glicazida e Metformina) são custeados com recursos tripartites (União, estados e municípios). As responsabilidades pela programação e pela aquisição desses medicamentos são dos municípios, embora, alguns estados, tais como Ceará, Bahia, Minas Gerais, Paraná e São Paulo, também participem da aquisição e da distribuição dos medicamentos da farmácia básica.

A Insulina Humana NPH e a Regular são adquiridas pelo Ministério da Saúde e entregues nos almoxarifados estaduais de medicamentos. Compete aos governos estaduais armazená-las e distribuí-las aos municípios, de acordo com suas necessidades. Para isto, é importante que os municípios tenham cadastro atualizado de todos os pacientes usuários dessas insulinas, bem como da necessidade mensal para atendimento dos seus usuários, e enviem mensalmente essas informações à Secretaria Estadual de Saúde. Salvo as exceções, as entregas dessas insulinas pelo Ministério da Saúde são realizadas bimestralmente para a Insulina NPH e trimestralmente para a Insulina Regular.

Insumos complementares para o tratamento e para o monitoramento (seringa com agulha acoplada, tiras reagentes e lancetas) devem ser custeados com recursos do Distrito Federal, dos estados e do municípios, sendo que cada um desses entes federados deve aplicar ao menos R\$ 0,50/habitante/ano. Na grande maioria das unidades da Federação, os governos estaduais optaram por repassar esse recurso aos municípios, ficando, assim, sob responsabilidade das secretarias municipais de Saúde a programação, a aquisição e o fornecimento aos pacientes. Alguns estados pactuaram pelo fornecimento de parte desses insumos aos municípios.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde fornece Insulina Humana NPH à rede básica de saúde. Com a aprovação da Lei Federal nº 11.347, de 27 de setembro de 2006 – que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e de materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, e sobre a definição dos medicamentos e de insumos a serem fornecidos aos pacientes diabéticos pelo Sistema Único de Saúde, aprovados pela Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro de 2007 – o Ministério da Saúde passou a fornecer também à rede básica de saúde a Insulina Humana Regular. Com isso, a Insulina Regular passou a ser fornecida regularmente à rede pública de saúde a partir de junho de 2008. Do ponto de vista gerencial, esses medicamentos são integrantes do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e atendem às necessidades do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde.

Resultados

Fruto do acesso às insulinas disponibilizada pelo SUS, associada à melhoria da assistência à saúde aos portadores de diabetes de forma em geral, verifica-se, nos últimos anos, a redução na taxa de internação hospitalar por Diabetes Mellitus e suas complicações.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DIABETES MELLITUS POR ANO

ANO	Número de internações
2008	121.168
2009	126.740
2010 (set./2010)	96.131

Realizar gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Ampliar o acesso da população a medicamentos da assistência farmacêutica estratégica e excepcional com ênfase nas prioridades epidemiológicas. Atualmente, são comprados de forma centralizada, pelo Governo Federal, 80 fármacos em 121 apresentações comerciais para os programas de saúde estratégicos.

Objetivo

Promover o acesso a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes no menor custo possível, com vistas a viabilizar ações de prevenção e de controle de doenças.

Data de início

Regulamentação a partir de janeiro de 2007

Instrumento legal

Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007: regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento.

Modelo de gestão

Os medicamentos são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e repassados aos estados ou aos municípios.

Resultados

Queda na incidência de tuberculose e novo medicamento: balanço divulgado sobre a incidência de novos casos de tuberculose mostrou queda na taxa de detecção da doença no País, que passou de 51,44 por cada grupo de 100 mil habitantes, em 1999, para 37,12, em 2008. Isso representou redução de 27,58% em 10 anos. Em números absolutos, o Brasil registrou 82.934 novos casos, no final da década passada, contra 70,9, em 2008. Ainda em agosto, o Ministério da Saúde lançou esquema terapêutico para o tratamento da tuberculose. O novo medicamento é a Dose Fixa Combinada (DFC), que reúne quatro drogas em um único comprimido. Assim, a quantidade de doses diárias é reduzida e contribui para o aumento de taxa de adesão dos pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, para a melhora os índices de cura.

Queda na incidência de hanseníase: o número de casos novos de hanseníase no Brasil caiu 23% entre 2003 e 2007. Somente no ano de 2007, a taxa de detecção por 100 mil habitantes teve um recuo de 10,5%. A melhoria da atenção à saúde, principalmente na rede básica, foi apontada como um dos motivos para a queda na detecção de novos registros da doença. Em 2003, o total de notificações foi de 51.941. Já em 2007, o valor foi de 40.126 pessoas notificadas. O recuo foi ainda mais significativo na população com menos de 15 anos, com índice de queda de 27% – 4.181, em 2003, contra 3.048, em 2007.

Distribuição do medicamento Efavirenz 600mg para garantir a cobertura da demanda nacional: o primeiro lote do Efavirenz produzido no Brasil foi entregue no dia 16 de fevereiro de 2009. Este antirretroviral é utilizado no coquetel anti-aid e passou a ser produzido por Farmanguinhos. Atualmente, usam o Efavirenz 85 mil dos 185 mil pacientes.

Enfrentamento da pandemia de influenza A H1N1 e produção nacional do medicamento Fosfato de Oseltamivir adulto: entre abril de 2009 e agosto de 2010, foram distribuídos 1.745.119 tratamentos, sendo 344.671 infantis, 232.330 na forma de insumo farmacêutico ativo (IFA) e 1.168.118 adultos. Destes, 509.700 foram tratamentos produzidos por Farmanguinhos disponibilizados para as unidades da rede própria do Programa Farmácia Popular. O Ministério mantém um estoque estratégico de 20,7 milhões de tratamentos adultos, infantis e de IFA.

Laboratórios oficiais de medicamentos – expansão da fábrica de medicamentos

Objetivos

Melhor suprir a demanda de fármacos, de medicamentos e de fitoterápicos, visando à utilização desses produtos nos programas governamentais de assistência farmacêutica, e expandir a atividade de pesquisa e de desenvolvimento de fármacos.

Data de início

Agosto de 2004

Instrumento legal

Crédito Suplementar do Tesouro da ordem de R\$ 18.800.000,00, em 2004, para aquisição da empresa GlaxoSmithKline (GSK).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A expansão da planta física do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), por meio da aquisição da planta industrial farmacêutica da empresa GlaxoSmithKline (GSK), trouxe a possibilidade de aumentar o portfólio de medicamentos e o número de unidades farmacêuticas produzidas, desta forma possibilitando atender aos diversos programas do Ministério da Saúde e ampliar as atividades da Fiocruz referentes à pesquisa e ao desenvolvimento em fármacos.

Resultados

Expansão da fábrica de medicamentos da Fiocruz em 2004

O Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) é o maior laboratório farmacêutico público de medicamentos do País. Com negociações iniciadas em 2003, uma iniciativa governamental pioneira, sem precedentes no exterior, o Governo Federal fez um investimento da ordem de US\$ 6 milhões e adquiriu, em 2004, uma planta industrial farmacêutica da empresa GSK. A planta, com instalações de alta tecnologia em uma área de mais de 105 mil m², sendo 40 mil m² em área construída, está localizada em Jacarepaguá, na zona oeste do Rio de Janeiro. A nova fábrica foi incorporada ao Farmanguinhos, da Fiocruz, em agosto de 2004. Chamada de Complexo Tecnológico de Medicamentos (CTM), ela permitirá quintuplicar a capacidade produtiva do Instituto e ampliar suas atividades de pesquisa e desenvolvimento em fármaco.

Entre os marcos recentes está o desenvolvimento e produção do primeiro medicamento oriundo de licenciamento compulsório realizado no Brasil, o Efavirenz, antirretroviral mais usado pelos pacientes que recebem o coquetel para tratamento do HIV/Aids, atendendo cerca de 85 mil pacientes no país. Também se destaca o lançamento do Artesunato + Mefloquina, medicamento inovador totalmente desenvolvido e registrado no Brasil e utilizado por pacientes com malária, através de uma parceria internacional com o DNDi e do Fosfato de Oseltamivir, medicamento mais indicado contra o vírus da gripe A (H1N1).

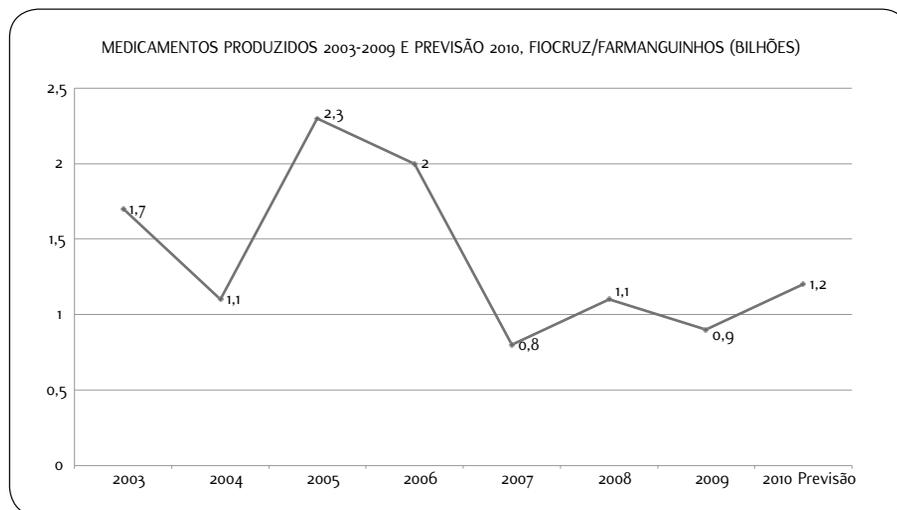
A Farmanguinhos fabrica medicamentos que são fornecidos para os seguintes programas do Ministério da Saúde: Saúde da Família, Farmácia Popular, HiperDia, Saúde da Mulher, Hanseníase, Pneumologia Sanitária, DST/Aids, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica Básica, Multidrogas, Endemias focais e Calamidades.

O Instituto já produziu, entre 2003 e 2009, aproximadamente dez bilhões de unidades farmacêuticas, com a previsão de produção de mais um bilhão de unidades para o ano de 2010.

Incorporação de tecnologias por Farmanguinhos

A Fiocruz não conseguiu cumprir com a meta de quintuplicar a produção de unidades farmacêuticas, conforme anunciado na época da aquisição da nova planta industrial. Porém, avanços na área da pesquisa e do desenvolvimento ganharam força e novas apresentações e também novos medicamentos foram incorporados. Destacam-se:

- Programa Aids: produção do Medicamento Efavirenz, em 2009
- Incorporação de tecnologia de biofármaco recombinante, em 2007: produção de insulina
- Influenza A H1N1: produção do medicamento Fosfato de Oseltamivir, em 2009
- Medicamento para pacientes com malária, em 2008



Fonte: Fiocruz/Relatório de Gestão, 2005 – 2009. SIIG/Diplan 2010.

O início das atividades na nova planta do CTM, em Jacarepaguá, contribuiu para o aumento na produção de medicamentos em 2005. Porém, as readequações na produção e a autorização da descentralização das compras de medicamentos pelos entes federativos, em 2006, acarretaram diminuição de demanda pelo Ministério da Saúde e queda importante na produção de medicamentos. Após incremento, com a produção dos antirretrovirais, a curva de produção foi retomada a partir de 2007.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Revisão, atualização e publicação contínua da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN). Instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica e de medida indispensável para o uso racional de medicamentos no contexto do SUS.

Objetivos

Revisar e atualizar a Rename e o FTN para inclusão de novos medicamentos e terapias. A Rename serve de instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais, segundo sua situação epidemiológica, para a orientação da prescrição médica, para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico.

Data de início

Rename 2006: a atualização e a revisão da lista de 2002 tiveram início em novembro de 2005.

FTN: em fevereiro de 2007.

Instrumentos legais

- Portaria GM nº 2.475, de 13 de outubro de 2006: publica a Rename 2006.
- Portaria GM nº 2.012, de 24 de setembro de 2008: publica a Rename 2008.
- Portaria GM nº 1.044, de 5 de maio de 2010: publica a Rename 2010.
- Portaria nº 1.883, de 9 de setembro de 2008: publica o FTN 2008 – Rename 2006.

Participação e controle social

A revisão e a atualização da Rename são realizadas pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare), aprovada por meio da Portaria nº 1.254, de 29 de julho de 2005, composta por representantes das seguintes instâncias: Ministério da Saúde, Anvisa, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz, Inca, Conass, Conasems, Universidade de Sorocaba (Uniso), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade de Brasília (UnB), Universidade de Fortaleza (Unifor), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). O FTN é revisado e atualizado por uma subcomissão da Comare.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A revisão e a atualização da Rename e do FTN são respostas às propostas das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica e por considerá-los essenciais para a promoção do uso racional de medicamentos. A permanente avaliação do elenco de medicamentos essenciais faz da Rename um instrumento atualizado para a gestão e o uso racional de medicamentos. Espera-se que a Rename seja amplamente disseminada, abrangendo todos os níveis da gestão pública de saúde, o maior número possível de prescritores, de gestores e de serviços de saúde. Importante é haver ações que harmonizem as listas estaduais, municipais, hospitalares, guias e protocolos clínicos. A adesão dos profissionais a prescrever tais medicamentos é fundamental para que se estabeleça a implementação da lista, facilitando a gestão da assistência farmacêutica.

Resultados

- Revisão e atualização da Rename, com a publicação das Rename 2006, 2008 e 2010. A Rename 2010, atualmente em vigor, é constituída por 343 fármacos, oito produtos correspondentes a fármacos, 33 imunoterápicos, em 372 DCB (Denominação Comum Brasileira) distintas, com 574 apresentações farmacêuticas (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf>).
- Publicação da primeira edição FTN 2008, da Rename 2006, em setembro de 2008.
- Revisão e atualização do FTN 2008, da Rename 2006, em outubro de 2010.

Defesa da União em relação às demandas judiciais de medicamentos

Objetivo

Subsidiar tecnicamente a defesa da União em demandas judiciais de medicamentos por meio da elaboração de pareceres técnicos.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Sistema Único de Saúde tem se deparado com a crescente demanda de medicamentos via Sistema Judiciário, que, em seu papel de intervir e de garantir direitos à saúde da população, interfere de modo incisivo e crescente, fragilizando as políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica, acarretando a necessidade de defesa e, na maioria das demandas, o fornecimento dos medicamentos requeridos. As demandas judiciais, ainda que amparadas pela Constituição Federal, interrompem o fluxo normal dos procedimentos administrativos, dificultando a capacidade do gestor em padronizar e em programar a correta assistência farmacêutica ao cidadão.

Resultados

Foram elaborados cerca de 8.950 pareceres técnicos no período de 2004 ao primeiro semestre de 2010. Cabe ressaltar que não há disponibilidade de dados anteriores ao ano de 2004. Para atender às demandas judiciais, no período de 2006 ao primeiro semestre de 2010, foram disponibilizados R\$ 291.477.723,32 dos procedimentos regulares da assistência farmacêutica do SUS.

Estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde

Objetivo

Qualificar os serviços de assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Data de início

2003

Modelo de gestão

Estados, municípios, Distrito Federal e demais instâncias recebem o recurso por meio de repasse fundo a fundo, mediante aprovação de Plano de Aplicação contendo descrição detalhada do investimento proposto.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Para aprimorar a gestão e qualificar os serviços da assistência farmacêutica no âmbito do SUS e promover a ampliação do acesso da população a medicamentos de qualidade e seu uso racional, foram apoiados projetos das secretarias de Saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

Resultados

Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica de 31 municípios brasileiros em 13 estados e no Distrito Federal. Foram selecionados 34 projetos e o valor de incentivo financeiro correspondeu a R\$ 20.000,00 por cada um, para adequação de espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliários e contratação de serviços de terceiros para a qualificação dos recursos humanos e para a elaboração de materiais didáticos e de manuais técnicos.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Objetivos

- Premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos, de pesquisadores e de profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos, com aplicabilidade no SUS e nos serviços de saúde.
- Divulgar os trabalhos premiados e com menções honrosas no intuito de incentivar sua incorporação pelo SUS e pelos serviços de saúde.

Data de início

8/7/2009

Instrumento legal

- Portaria GM nº 1.533, de 8 de julho de 2009

Modelo de gestão

Procedimento licitatório sob a modalidade de licitação concurso.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

É uma iniciativa do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos que possui caráter deliberativo e busca identificar e propor estratégias de articulação, de monitoramento e de avaliação da promoção do uso racional de medicamentos.

Resultados

Inscrição de 103 projetos em seis categorias, dos quais foram selecionados, em cada categoria, um trabalho destinado a receber prêmio em dinheiro e três menções honrosas, totalizando 24 trabalhos premiados. Foram gastos R\$ 55.000,00 com a premiação dos seis primeiros colocados de cada categoria.

Programa Nacional para Produção Estratégica do Complexo Industrial da Saúde

Trata-se de parceria entre o Ministério da Saúde e o BNDES/MDIC que permite financiar os investimentos de empresas sediadas no Brasil, inseridas no Complexo Industrial da Saúde, por intermédio do Profarma/BNDES nos temas: produção, exportação, inovação, reestruturação e produtores públicos. O Profarma tem recursos garantidos de R\$ 3 bilhões até 2012.

Objetivos

- Elevar a competitividade do complexo industrial da saúde.
- Contribuir para a redução da vulnerabilidade da Política Nacional de Saúde.
- Articular a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) com a Política Nacional de Saúde.
- Colaborar para a inserção internacional de empresas nacionais do complexo industrial da saúde.

- Contribuir para a formação e a consolidação de uma base exportadora no País.
- Induzir a pesquisa, o desenvolvimento e a produção local de equipamentos médicos, de materiais, de reagentes e de dispositivos para diagnóstico, de hemoderivados, de imunobiológicos, de intermediários químicos e de extratos vegetais para fins terapêuticos, de princípios ativos farmacêuticos e de medicamentos para uso humano, bem como de produtos correlatos inseridos no complexo industrial da saúde, de interesse estratégico para a Política Nacional de Saúde.
- Estimular a disseminação da atividade inovadora no complexo industrial da saúde.
- Cooperar para a melhoria da eficiência e da eficácia de ação dos produtores públicos.

Data de início

2008

Instrumentos legais

- Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde e o BNDES, publicado no DOU de 7 de dezembro de 2007.
- Portaria nº 716, de 15 de abril de 2008: cria o Comitê de Gestão do Acordo de Cooperação entre o MS e o BNDES.

Modelo de gestão

Em parceria com o BNDES/MDIC.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Historicamente, o BNDES apoiava o segmento farmoquímico de forma similar a outros setores a partir da disponibilização das linhas tradicionais de investimento, com foco na modernização do setor. Em 2003, foi iniciada uma diferenciação e uma priorização do setor farmoquímico, com foco em inovação, materializada na criação de uma gerência específica para pensar as especificidades do setor.

Em 2004, foi criado o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica, no escopo da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), com o objetivo de fortalecer e de expandir a base industrial brasileira por meio da melhoria da capacidade inovadora das empresas. Em 2007, o Programa teve sua denominação alterada para Programa de Apoio ao Complexo Industrial da Saúde e, de forma mais abrangente, ampliou sua atuação, com a criação de mais dois subprogramas: o Profarma-Exportação e o Profarma-Produtores Públicos, que inclui os laboratórios públicos produtores de medicamentos, de vacinas, de hemoderivados, de reagentes e de dispositivos médicos.

Resultados

O Profarma financia, desde 2008, investimentos de empresas do Complexo Industrial da Saúde sediadas no Brasil nas áreas de produção, de exportação, de inovação, de reestruturação e de produtores públicos. O orçamento é de R\$ 3 bilhões de 2008 até 2012, sendo R\$ 1,5 bilhão exclusivamente para inovação.

BNDES PROFARMA – CARTEIRA JULHO 2010

Nível	Financ. (R\$mil)	Invest. total (R\$mil)	Subscritos
Contratada	1.248.524	2.491.518	74
Aprovada	9.706	10.046	2
Em análise	229.213	571.330	10
Enquadrada	57.903	67.808	4
Carta consulta	22.754	33.479	3
Total	1.568.100	3.174.182	93

Referência: 2008 até julho 2010.
Fonte: BNDES

BNDES PROFARMA – DISTRIBUIÇÃO DOS FINANCIAMENTOS POR SUBPROGRAMAS (R\$ MIL)

Subprograma	Operações	Valor
Inovação	23	437.460
Exportação	8	36.938
Reestruturação	2	345.700
Produção	60	748.002

Fonte: BNDES

Referência: 2008 até julho 2010.

Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde

Investimentos de dotação orçamentária realizados na rede de laboratórios oficiais de medicamentos e implementação de parcerias público-privadas entre empresas farmacêuticas e laboratórios oficiais.

Objetivo

Os investimentos nos laboratórios oficiais visam adequar a infraestrutura física, estruturar a produção pública e permitir a transferência de tecnologia de farmoquímicos estratégicos para o País. O conjunto de parcerias visa ao fortalecimento dos laboratórios públicos e à ampliação de seu papel de regulação de mercado, ao estímulo à produção local de produtos de alto custo e/ou de grande impacto sanitário e social e ao desenvolvimento da capacidade produtiva da indústria de fármacos nacional.

Data de início

Redimensionamento em 2003

Instrumento legal

Portaria nº 374, de 28 de fevereiro de 2008: institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Antes de 2003, os investimentos nos laboratórios oficiais eram realizados no escopo da assistência farmacêutica e baseavam-se, primordialmente, em equipar os laboratórios oficiais, sem, contudo, prever contrapartidas em benefício do Ministério da Saúde.

Em 2008, a partir das normas editadas, determinaram-se as diretrizes para contratação pública de medicamentos e de fármacos e definiu-se a lista de produtos estratégicos para o SUS. Esses normativos serviram como arcabouço jurídico para a implementação dos acordos para o desenvolvimento da produção.

Os acordos representam uma inovação, pois promovem a integração da cadeia produtiva de fármacos e de medicamentos, a melhoria da qualidade dos insumos e dos produtos, o fortalecimento da base produtiva local, o fortalecimento dos laboratórios oficiais e a sustentabilidade do próprio SUS, advinda da economia gerada.

Resultados

Já em 2003, ampliou-se de forma relevante o montante de investimentos, crescendo em dotação orçamentária cerca de 360% de 2002 para 2003.

Desde 2003, estão sendo feitos investimentos significativos nos laboratórios oficiais, com vistas a garantir as condições de desenvolvimento dos segmentos: fármacos e medicamentos de bases química e biotecnológica. Destacam-se, nesse contexto, os seguintes projetos:

- **Centro Integrado de Protótipos, Biofármacos e Reativos (CIBPR):** o prédio foi construído. Estão sendo feitos os trabalhos relativos às instalações de energia, ar-condicionado e laboratórios. A conclusão está prevista para 2012. Este é um projeto ousado, altamente complexo e único, por reunir, num só edifício, dois andares dedicados à produção de biofármacos e de reativos para diagnóstico e um andar para a planta de protótipos, em conformidade com as Boas Práticas de Fabricação, de Laboratório e de Biossegurança. O CIPBR contribuirá para impulsionar o desenvolvimento de novos produtos de importância para a saúde pública. As obras civis e as instalações prediais foram concluídas. Foram iniciados os demais projetos (ar-condicionado, automação, utilidades primárias etc.).

- **Ampliação do Departamento de Processamento Final de Imunobiológicos (DEPFI):** a realização desse projeto viabilizará os acordos formais de transferência de tecnologia firmados com parceiros internacionais. Consiste nas melhorias (reforma) da área de montagem, na ampliação das áreas de lavagem e de formulação, na inserção/ampliação de área para receber nova planta de envase. As alterações estruturais, funcionais e de produção resultarão em demanda por reclassificação de áreas limpas e por nova configuração de gradientes de pressão e climatização, fazendo-se necessário cinco sistemas adicionais de HVAC (Heat Ventilation Air Conditioning), uma central de tratamento de águas, ampliação da central de água gelada, um sistema de automação e de controle das áreas afetadas, integração com os sistemas remanescentes, uma malha de aterramento (Sistema de Proteção de Descarga Atmosférica/SPDA), projetos de iluminação, sistema de ar comprimido, água purificada, água para injetáveis e vapor puro. As obras civis estão em andamento.
- **Desenvolvimento da alfafepeginterferona 2b humana (recombinante):** O contrato de parceria para o desenvolvimento conjunto da alfafepeginterferona 2b humana (recombinante) entre Bio-Manguinhos e o Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), de Cuba, permite desenvolver uma variação peguilada da alfainterferona 2b humana (recombinante) desenvolvida no Centro de Ingeniería Genética y Biotecnológica (CIGB), de Cuba, e o processo de transferência das informações técnicas de produção para Bio-Manguinhos/Fiocruz, além de estabelecer a plataforma de peguilação de proteínas, o que proporcionará autonomia nacional quanto à introdução de novos produtos de uso terapêutico. Estão previstas cinco etapas para a conclusão do Projeto, das quais as três primeiras já foram concluídas:
 - ✓ Etapa de pesquisa em escala de bancada
 - ✓ Desenvolvimento tecnológico
 - ✓ Estudos pré-clínicos
 - ✓ Estudos clínicos, subdivididos nas fases I, II e III
 - ✓ Registro sanitário.
- **Adequação da planta produtiva de febre amarela:** a adequação da planta está sendo realizada visando à ampliação da capacidade de produção da vacina contra a febre amarela.

STATUS DO PROJETO

Atividades	% Realizado	Previsão de término
Projeto de arquitetura	75	Dez/2010
Projeto ar-condicionado	85	Dez/2010
Sistema de águas compendiais (WFI/PW*)	60	Junho/2011

Obs.: água purificada (PW) e água para injeção (WFI)

- **Transferência de tecnologia entre Brasil e Ucrânia:** objetiva capacitar a Fiocruz para a produção no País do insumo de insulina e do medicamento Insulina Humana Recombinante (IHR) e Regular (insulina de liberação lenta e insulina de liberação rápida, respectivamente). A geração de um produto final mais barato e eficaz impactará não só em melhorias no cuidado ao diabético, mas também na regulação do mercado e na diminuição do gasto com esse insumo (atualmente o Brasil importa 170 milhões de doses do medicamento). A incorporação da tecnologia recombinante permitirá à Fiocruz suprir o País e regular o mercado, mas principalmente vai abrir um capítulo de desenvolvimento tecnológico associado visando a outros biofármacos. Enquanto ocorre o processo de transferência de tecnologia, em 2009 já foram importados e distribuídos 504 mil frascos; em setembro foram importados mais 504 mil. A Licença de importação para um terceiro embarque do mesmo quantitativo já foi autorizada. O Ministério da Saúde já investiu 39 milhões no período de 2007 a 2011 e há a previsão de investimento pelo BNDES: 24.697.000 nos próximos dois anos. O Projeto já está na segunda etapa do acordo, que se refere à entrega de informações técnicas para a implantação da fábrica em solo brasileiro.

Investimentos em produtores públicos de vacina

Trata-se do investimento em produtores públicos de vacinas, por intermédio de dotação orçamentária e em parceria com o MCT/Finep.

Objetivos

- Dotar o País de capacitação tecnológica competitiva em novos imunobiológicos.
- Atender às necessidades do Programa Nacional de Imunizações pela produção pública de vacinas.

Data de início

2006

Instrumento legal

PT/MS nº 9, de 14 de julho de 2010: institui o grupo de trabalho para acompanhamento do suprimento e da produção nacional de imunobiológicos no âmbito do SUS.

Modelo de gestão

Desenvolvido em parceria entre MS e Finep/MCT.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Havia financiamento insuficiente e baixa capacidade tecnológica da produção pública de vacinas. Nesse contexto, a política adotada junto aos laboratórios produtores, em meados de 2006, buscou uma saída industrial e de mercado que sustentasse a demanda do SUS por imunobiológicos.

Com o crescimento do mercado brasileiro e com investimentos significativos no setor público, desenhou-se o ambiente propício ao fortalecimento da produção nacional, com base no desenvolvimento autóctone e na transferência de tecnologias, movimento imprescindível frente ao risco da obsolescência e da dependência externa de novas tecnologias. O aumento da capacidade de negociação do MS para a aquisição de insumos trouxe consigo a possibilidade de negociação de preços e a compra mediante transferência de tecnologia para um laboratório público produtor, ampliando gradativamente a capacidade tecnológica dessas instituições.

No contexto atual, a cooperação é a condição para o salto de qualidade desejado e para o alcance da melhor tecnologia em vacinas para servir à população. Em tempos diferentes de mercado e de desenvolvimento tecnológico, as demandas prementes de saúde pública e a pressão do mercado privado para fornecer seus produtos ao SUS representam um ponto de vulnerabilidade a ser superado por meio dessa cooperação na produção.

Utilizar o poder de compra do Estado como estratégia de negociação para a aquisição de insumos, para fortalecer os laboratórios públicos produtores de vacinas e para qualificá-los, tanto para suprir o mercado público quanto para concorrer no mercado externo, tem requerido uma série de medidas com o intuito de mudar práticas e culturas no processo de gestão e de aquisição de insumos estratégicos.

Nesse contexto, foi necessário não só fortalecer o processo oficial de análise para incorporação de novos insumos, como também estabelecer critérios técnicos e operacionais para a incorporação de novas vacinas, que envolvem sustentabilidade financeira garantida, capacidade de armazenamento, capacidade dos vacinadores, adesão da população à incorporação e controle de eventos adversos (segurança).

Resultados

Em relação aos investimentos realizados nos produtores de vacinas, destacam-se os seguintes projetos:

- Ampliação da planta produtiva – febre amarela (Fiocruz).
- Vacina BCG – Fundação Atauilpho de Paiva: trata-se da construção de nova planta de produção da vacina BCG-ID, modernizando a produção desse insumo.
- Vacina Antipneumococcus (Biomanguinhos-Fiocruz): em 2010, essa vacina foi introduzida no calendário nacional de vacinação, com transferência de tecnologia da GSK. A parceria pressupõe também o desenvolvimento de vacina contra a dengue e a vacina inativada contra a febre amarela.
- Vacina Antimeningococcus: processo de transferência de tecnologia da vacina meningocócica da Fundação Ezequiel Dias (Funed), em parceria com a empresa Novartis. Em 2010, essa vacina foi introduzida no calendário nacional de vacinação.
- Vacina recombinante contra rotavírus: desenvolvimento do National Institutes of Health (NIH) e do Butantã. Planta e ensaio fruto de parceria entre Biomanguinhos e GSK.
- Vacina contra influenzas (inclusive H1N1): transferência de tecnologia da Sanofi.

Em parceria com a Finep/MCT estão em andamento os seguintes projetos:

- Desenvolvimento de planta-piloto da vacina contra leishmania (Butantan) + raiva canina: esse projeto tem como objetivo apoiar o desenvolvimento de uma vacina combinada contra leishmania e raiva para uso em cães, que são os reservatórios domésticos da leishmaniose para o homem, de forma a atender plenamente à demanda potencial do Ministério da Saúde, uma vez que ainda não há vacina disponível no mercado.
- Vacina inativada contra febre amarela (Biomanguinhos – Fiocruz): projeto voltado à adequação e à ampliação das instalações técnicas para o escalonamento e para a produção de protótipos da vacina em Boas Práticas de Fabricação.

Capacidade produtiva e de inovação nas indústrias privadas nacionais de medicamentos, de equipamentos e de materiais de uso em saúde

Trata-se do lançamento de chamadas públicas voltadas ao fomento de projetos cooperativos entre instituições de pesquisa científica e tecnológica e empresas para o desenvolvimento de produtos médicos estratégicos para o SUS, em parceria com a Finep/MCT (ações transversais – fundos setoriais).

Objetivo

Ampliar a capacidade produtiva e de inovação nas indústrias privadas nacionais de medicamentos, de equipamentos e de materiais de uso em saúde priorizados.

Data de início

2004

Instrumento legal

Decreto nº 4.143, de 25, de fevereiro, de 2002: institui o CT Saúde – Fundo Setorial da Saúde.

Modelo de gestão

Desenvolvido em parceria com a Finep/MCT (Ações Transversais - Fundos Setoriais).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Definidas em julho de 2004, pelo Comitê de Coordenação dos Fundos Setoriais, as Ações Transversais são programas estratégicos do MCT que têm ênfase na Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) do Governo Federal e utilizam recursos de diversos fundos setoriais simultaneamente.

Nesse contexto, a partir de 2007, o Plano de Ação CT&I – Programa de Ações e Controle da Tuberculose de Ibirité-Pacti/MCT – configurou-se como uma política coordenada, que objetiva dar unicidade às ações de C,T&I, compatibilizando as diversas linhas de atuação, indicando os instrumentos para sua execução e potencializando os resultados. Nessa perspectiva, várias das iniciativas previstas são voltadas para estimular as empresas a incorporarem as atividades de pesquisa, de desenvolvimento e de inovação (P,D&I) no processo produtivo, o fomento à pesquisa científica e à tecnológica nas áreas de fronteira e em áreas estratégicas para o desenvolvimento do País.

Resultados

A saúde mobilizou desde 2007 recursos da ordem de R\$ 820 milhões para pesquisa, desenvolvimento e inovação em áreas estratégicas, como a de insumos para a saúde, em uma conjugação de esforços que mobilizou e articulou competências e ações de todo o Governo Federal em cooperação.

De 2004 a 2009, foram lançadas 12 chamadas públicas que aprovaram 78 projetos voltados à saúde. Foram aprovados 130 projetos de subvenção econômica, recursos não reembolsáveis, voltados à saúde, no mesmo período.

Divulgado em 18/11/2010, resultado das chamadas públicas: para antirretrovirais para o tratamento da aids – efavirenz, tenofovir, ritonavir, lopinavir e atazanavir –, para fármacos, biofármacos e fitomedicamentos, cujos desenvolvimentos contemplem inovações. Os fitomedicamentos deverão utilizar princípios ativos encontrados em exemplares da biodiversidade brasileira.

Marco regulatório para o uso do poder de compra governamental

Desenvolver marco regulatório necessário para as diretrizes de ampliação da capacidade produtiva e de inovação industrial, a partir da proposição de medidas tributárias, tarifárias e regulatórias, no âmbito do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde.

Objetivos

- Atender a uma demanda regulatória do Complexo Industrial da Saúde, identificada tanto pelo setor produtivo quanto pelo Governo Federal.
- Adequar o marco regulatório do segmento.
- Favorecer a efetiva implementação das condições criadas pelas novas normativas.

Data de início

2008

Instrumentos legais

Decreto s/n, de 12 de maio de 2008: cria o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde.

PT/MS nº 1.942, de 17 de setembro de 2008: estabelece o regimento interno e constitui o fórum de articulação com a sociedade civil.

Modelo de gestão

Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis) – coordenado pelo Ministério da Saúde, contando com representantes de 14 órgãos federais: ministérios do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), da Ciência e Tecnologia (MCT), do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), da Fazenda (MF), das Relações Exteriores (MRE), Casa Civil da Presidência da República, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Instituto Nacional de Propriedade Industrial (Inpi), Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI), Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro) e Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

Fórum de Articulação com a Sociedade Civil – composto por entidades ligadas à saúde: Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina (Abifina), Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica e de Insumos Farmacêuticos (Abiquif), Associação Brasileira das Indústrias de Artigos e Equipamentos Médicos Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (Abimo), Associação Brasileira de Empresas de Biotecnologia (Abrabi), Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (PróGenericos), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (Alfob), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Nacional de Indústrias (CNI), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais (Fiemg), Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (Fiergs), Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac), Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Febráfarma) e Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Gecis foi criado, em 2008, para promover medidas e ações concretas e para desenvolver, de forma integrada, o marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde, segundo as diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do complexo produtivo e de inovação em saúde.

Resultados

Em 2008, para adequar o marco regulatório do segmento, foram editadas medidas normativas, como a PT/GM/MS nº 978, de 2008, revisada pela Portaria GM/MS nº 1.284, de 2010, que define os produtos estratégicos para o SUS com o objetivo de sinalizar para o mercado e para os agentes envolvidos no fomento (BNDES e MCT) e na regulação (Anvisa); a Portaria Interministerial MP/MDIC/MCT/MS nº 128, de 2008, e a PT/GM/MS nº 3.031, de 2008, que dispõem sobre critérios para as compras de insumos pelos laboratórios públicos.

Anteprojeto de Lei – APL-Saúde (Arranjos Produtivos da Saúde), que possibilitou a aquisição de produtos estratégicos para a saúde, atrelada à indução da inovação. Este APL dotará a administração pública de um regime especial de licitações e de contratos destinados a aquisição de bens e serviços no SUS, além de atuar como instrumento capaz de propor adoção da avaliação prévia da qualidade de produtos, de insumos e de processos produtivos como forma de evitar problemas para a saúde da população e para a produção nacional, bem como evitar a concorrência desleal com o produto importado, garantindo isonomia tributária e sanitária para os produtos fabricados no País.

Na área de biotecnologia, foram aprovadas a revisão de normas sanitárias sobre registro, pós-registro e estabilidade de produtos biológicos, temas que têm grande impacto sobre a produção e a comercialização de novos biomedicamentos no mercado brasileiro.

No campo tributário, as medidas se desdobram em três vertentes:

- Desoneração tributária no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul), concluída e encaminhada para aprovação do Mercosul: uma proposição que possibilita a redução de alíquota de importação para 0%, em caráter especial, para os fármacos e os medicamentos não fabricados nos países que fazem parte do Mercosul.
- Redução da carga tributária do setor farmacêutico: trata-se de um tema amplamente colocado ao Governo pelas entidades representativas do setor e que está sendo tratado pelo Gecis para que possam ser estabelecidos mecanismos que diminuam o peso dos tributos no preço final dos medicamentos, desde que haja um equilíbrio entre política industrial e de saúde, garantindo que toda a redução tenha um impacto previsível, mensurável na ponta para a população.
- Tributação para o setor de equipamentos e de materiais de uso em saúde diante das propostas encaminhadas pelos representantes da área, iniciou-se discussão que envolverá todos os impostos federais e a regulamentação sanitária pertinente à área, de forma a facilitar o desenvolvimento desse importante segmento do Complexo Industrial da Saúde (CIS).

É oportuno destacar que, no período considerado, foi adotada pelo Ministério da Saúde política tributária específica quanto às desonerações praticadas para medicamentos. As diretrizes do Governo têm se baseado em apenas conceder desonerações tributárias quando condicionadas a que se dê reflexo direto no preço ao consumidor, tornando o seu acesso à população ampliado, sobretudo com medicamentos que possuam peso significativo nas compras do SUS.

Melhorar a qualidade dos produtos industriais da saúde, a partir da certificação de produtos e atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação (P,D&I)

O Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde abrange um conjunto de ações que visa ao fomento de projetos voltados à qualificação de produtos de uso em saúde, incrementando o processo de melhoria e de ampliação da capacidade de infraestrutura para a produção e a avaliação de tecnologias médicas no País, ajudando na estruturação e na consolidação do Complexo Industrial da Saúde.

O Programa apoia projetos de desenvolvimento de tecnologias, de elaboração de normas técnicas para a verificação da qualidade de equipamentos, de estruturação de laboratórios de avaliação da qualidade em implantes e em próteses ortopédicas e de estruturação de laboratórios para a avaliação da qualidade de equipamentos e de materiais de uso em saúde, dentre outros.

Objetivos

- Promover a articulação da cadeia produtiva com a infraestrutura científica e tecnológica no País para atender aos requerimentos da inovação, viabilizando o desenvolvimento de produtos e de processos e a adequação do setor produtivo em consonância com os programas do Ministério da Saúde.
- Melhorar as condições de qualificação de produtos na área de saúde.
- Aumentar a competitividade da indústria brasileira.
- Evitar a concorrência de produtos de baixa qualidade.

Data de início

2008

Instrumento legal

- Portaria nº 375, de 28 de fevereiro de 2008: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde.
- Instrumentos complementares
 - ✓ Portaria nº 1.883, de 14 de julho de 2010: institui a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato) e cria seu Comitê Gestor.
 - ✓ Termo de Cooperação Técnica, entre MS e MDIC, por intermédio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), Anvisa/MS, Fiocruz/MS e Inmetro (MDIC), celebrado em 8 de abril de 2009, visando à realização de atividades que sejam consideradas relevantes à execução de ações no âmbito das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política do Programa de Desenvolvimento Produtivo (PDP) e do Programa Mais Saúde, com o propósito de estabelecer um quadro permanente e contínuo de interação das atividades realizadas no âmbito do Ministério da Saúde com as políticas de promoção e de desenvolvimento das atividades econômicas do Complexo Industrial da Saúde (CIS).

Modelo de gestão

Parceria com Finep/MCT.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi criado para estimular a eficiência produtiva no Complexo Industrial da Saúde, constituindo uma prioridade tanto do SUS quanto das políticas industriais do País, como a Política do PDP.

Resultados

Para qualificar os produtos industriais da saúde, foram implementados os seguintes projetos:

- Apoio a projetos entre Institutos de Ciência e Tecnologia (ICTs) e o Complexo Produtivo, para integração de tecnologias de alta complexidade estratégicas para o mercado interno.
- Promoção da internalização de normas técnicas internacionais aplicáveis a produtos médicos.
- Incentivo ao uso da certificação Inmetro como instrumento para a garantia da qualidade de produtos de uso em saúde.
- Apoio e promoção de projetos voltados à ampliação da capacidade laboratorial para ensaios e desenvolvimento de produtos e de tecnologias. Promoção de condições para que as empresas operem em conformidade com os regulamentos da Anvisa.
- Articulação com o BNDES, com a Finep, com bancos oficiais e com outras instituições, programas e mecanismos que beneficiem a expansão e a ampliação para áreas estratégicas do setor.

Evidenciou-se uma forte articulação com agências de fomento de P&D para ICTs e empresas, visando ao incremento do fomento à inovação, em especial com a Finep/MCT, no fomento a projetos de pesquisa e de desenvolvimento em equipamentos e em materiais de uso em saúde, a partir de 2007, relacionados abaixo:

- Subvenção Econômica 2007 – cinco projetos aprovados
- Subvenção Econômica 2008 – 16 projetos aprovados
- Chamada Pública 2008 – nove projetos aprovados
- Subvenção Econômica 2009 – 25 projetos aprovados

Em 2010, foi lançado um edital de subvenção para o desenvolvimento de produtos médicos estratégicos (Seleção Pública MCT/Finep/FNDCT – Subvenção Econômica à Inovação – 01/2010), sendo destinados R\$ 90 milhões para a área da saúde.

Melhorar a qualidade dos produtos industriais da saúde, a partir da qualificação de insumos farmacêuticos

Trata-se do fomento a laboratórios de análise e para qualificação de insumos farmacêuticos.

Objetivo

Qualificar insumos farmacêuticos no âmbito dos laboratórios oficiais, promovendo a segurança e a eficácia de medicamentos ofertados ao SUS e contribuindo para a produção nacional, agregando qualidade aos insumos adquiridos e, por consequência, aos medicamentos produzidos pela rede pública.

Data de início

2008

Instrumento legal

Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre MS e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS).

Modelo de gestão

Parceria entre Ministério da Saúde, PUC/RS, Anvisa e Finep/MCT.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Para atender, de maneira efetiva, à demanda de qualificação de insumos para o setor farmacêutico no País, setores público e privado, e desencadear um processo que resulte na formação de uma rede nacional de laboratórios analíticos.

Esse processo evidenciou que estimular a modernização técnica e administrativa da rede de laboratórios farmacêuticos oficiais, com vistas ao aperfeiçoamento no campo da produção, da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico, perpassa pela qualificação dos insumos utilizados para a produção de medicamentos.

Resultados

O Laboratório de Insumos Farmacêuticos (Laif) foi implantado no Parque Tecnológico da PUC/RS e inaugurado em setembro de 2008. O projeto contou com recursos da Finep e do Ministério da Saúde, que disponibilizaram, cada parte, R\$ 2.253.521,00 para a aquisição de equipamentos.

Em 2009, o MS apoiou a realização de testes analíticos do medicamento Efavirenz (aids) produzido por Farmanguinhos – Fiocruz.

Em 2010, está em análise projeto de fomento ao Laif, no valor de R\$1,2 milhão, que objetiva à realização de testes e de análises de insumos para os laboratórios oficiais: Farmanguinhos – Fiocruz, Fundação Ezequiel Dias (Funed), Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (Lafepe) e Indústria Química do Estado de Goiás S.A. (Iquego).

Genéricos – fomento à Rede Brasileira de Centros Públicos de Equivalência e Bioequivalência Farmacêutica (REQBio)

Objetivos

Ampliar o acesso e reduzir o gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de genéricos, e fortalecer os centros públicos de equivalência e bioequivalência farmacêutica para atuarem como reguladores de mercado.

Data de início

2009

Instrumento legal

RDC Anvisa nº 221, de 2006

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Os genéricos constituem ferramenta imprescindível à ampliação do acesso a medicamentos no País e revestem-se de grande importância na promoção da indústria farmacêutica nacional. Nessa perspectiva, os estudos de equivalência e de bioequivalência farmacêutica compõem o portfólio de exigências sanitárias da legislação brasileira para o registro ou para a renovação de registro de medicamentos.

Nesse contexto, a REQBio foi criada para realização dos testes de equivalência e bioequivalência farmacêutica, para contribuir com a garantia da qualidade de fármacos e de medicamentos no País, priorizando o efetivo comprometimento de centros públicos de equivalência e de bioequivalência farmacêutica com as necessidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como integrante do SUS.

Resultados

Em 2009, foram realizados investimentos na rede brasileira de centros públicos de equivalência e de bioequivalência farmacêutica (REQBio) com vistas à estruturação dos laboratórios.

Em 2010, iniciaram-se os estudos de equivalência e de bioequivalência farmacêutica da Prednisona, medicamento para tuberculose.

Padrões de avaliação e incorporação tecnológica

Trata-se da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec), órgão colegiado, de natureza consultiva.

Objetivos

- Avaliar solicitações de incorporação, de alteração ou de exclusão de tecnologias no âmbito do SUS e da saúde suplementar, considerando as necessidades sociais em saúde e as diretrizes da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.
- Contribuir para que as definições sobre a oferta de tecnologias na área de saúde sejam mais claras e para que o sistema de incorporação tenha estabilidade garantida.

Data de início

2006

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 152, de 19 de janeiro de 2006: dispõe sobre o fluxo para incorporação de tecnologias no SUS.
- Portaria GM/MS nº 3.323, de 27 de dezembro de 2006, nova redação: inclusão da Saúde Suplementar.
- Portaria GM/MS nº 2.587, de 30 de outubro de 2008: vincula gestão à SCTIE/MS e define novo fluxo para análise.

Modelo de gestão

Órgão colegiado formado por representantes, titulares e suplentes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Anteriormente, não havia definição de caminhos ou de métodos para a incorporação de tecnologias pelo Ministério da Saúde. Cada área avaliava isoladamente as demandas recebidas por ela e apresentava suas propostas individualmente para decisão do ministro. Não havia transparência no processo e tampouco definição dos fluxos para avaliação.

Resultados

Desde 2006, foram analisadas 219 propostas, 42 tecnologias foram incorporadas, 25 propostas de inclusão de tecnologias não incorporadas, quatro tecnologias excluídas do elenco do SUS, 12 tecnologias para doenças genéticas que têm protocolos em elaboração e quatro propostas consideradas fora do escopo da Citec.

Apoiar projetos de transferência de tecnologia com países da América Latina, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e/ou África para produção de insumos estratégicos

Objetivos

Viabilizar e fortalecer o desenvolvimento da área de terapia celular aplicada à saúde na Argentina e no Brasil, por meio da cooperação técnica, científica e tecnológica desenvolvida no âmbito de comitê gestor binacional de políticas de fomento à pesquisa e à inovação em terapia celular.

Data de início

Novembro de 2009

Instrumento legal

Programa de trabalho para apoiar atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e formação de pessoal qualificado no campo da terapia celular.

Modelo de gestão

Tomadas de decisões por consenso entre os países membros e financiamento de fontes diversas.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O propósito é realizar projetos binacionais, por meio das entidades executoras, a cargo de pesquisadores argentinos e brasileiros, nos aspectos de conhecimento básico, pesquisa pré-clínica e pesquisa clínica em terapia celular.

Resultados

Estruturação do Comitê Gestor Binacional para a Cooperação Bilateral entre Argentina e Brasil na área de terapia celular.

Implantação da Agenda Regulatória

Instituição da agenda regulatória anual para ampliar a previsibilidade da regulação sanitária no âmbito do SUS e realização de análise do impacto dos instrumentos normativos propostos.

Objetivo

Fortalecer a governança no campo da regulamentação em vigilância sanitária.

Data de início

16/4/2008

Instrumento legal

Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008: institui o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação no âmbito da Anvisa.

Participação e controle social

A proposta de critérios foi discutida com a sociedade, inicialmente nas dez câmaras setoriais da Anvisa. Além disso, foi divulgada pelo sítio eletrônico da Agência.

Modelo de gestão Os critérios prioritários foram apresentados e debatidos no Encontro Diálogos em Vigilância Sanitária, da Anvisa com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em dezembro de 2008, e no IV Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (Simbravisa), em Fortaleza, em novembro de 2008.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A instituição da Agenda Regulatória, elaborada de forma transparente e participativa, com periodicidade anual, faz parte do conjunto de estratégias do Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Anvisa, lançado em 2008. A Agenda é constituída pelo conjunto de temas a serem objeto da atuação regulatória em período subsequente, incluindo tanto a previsão dos novos regulamentos quanto aqueles que demandam revisão ou atualização, concedendo à sociedade a oportunidade de opinar e de contribuir na definição da pauta de decisões estratégicas, e sinalizando para a sociedade qual a direção das próximas ações da Agência. Com o cumprimento da Agenda, promove-se a previsibilidade da regulação sanitária, garantindo a credibilidade no sistema regulatório. Já com a utilização da Análise de Impacto Regulatório (AIR), ferramenta de gestão por resultados, avalia-se a qualidade do processo de regulamentação e dos prováveis impactos regulatórios, a fim de auxiliar na tomada de decisão e no fortalecimento da participação social na regulação.

Nesse sentido, a Anvisa garante maior qualidade e efetividade da regulação sanitária, com sistematização, transparência e legitimidade na elaboração, na discussão e na análise de novos regulamentos.

Resultados

Racionalização e melhoria na qualidade da produção de normas. Nos últimos três anos, o número de consultas públicas e resoluções da diretoria colegiada esteve bem próximo, o que sinaliza uma maior transparência na elaboração dos atos normativos, que foram abertos à participação da sociedade. O percentual de itens da agenda regulatória concluídos em 2009 foi de 37%, o que representa superação da meta em 85%.

Processos de importação de materiais, de insumos e de produtos destinados ao desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas

Aumento do índice de conclusão de processos de importação de materiais, de insumos e de produtos destinados ao desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas dentro do prazo pactuado na RDC n-1, de 2008.

Objetivo

Agilizar os procedimentos de importação de materiais para pesquisa científica e tecnológica.

Data de início

22/1/2008

Instrumento legal

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 1, de 22 de janeiro de 2008

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A publicação da resolução surgiu da necessidade de normatizar e de delimitar as obrigações de pessoas físicas e/ou jurídicas, bem como de uniformizar os procedimentos técnico-administrativos, no âmbito da vigilância sanitária, no que tange à importação e à exportação, por pesquisadores, por instituições de pesquisa e por entidades de fomento, de material destinado à pesquisa científica e tecnológica. Com a definição dos novos prazos e da padronização das ações, a Anvisa favorece o desenvolvimento científico do País.

Resultados

O percentual de conclusão de processos de importação de materiais, de insumos e de produtos destinados ao desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas dentro do prazo pactuado, em 2008 e em 2009, foi de 98%.

Ampliação do quantitativo de Substâncias Químicas de Referência (SQRs)

Ampliação do quantitativo de Substâncias Químicas de Referência estabelecido pela farmacopeia brasileira.

Objetivo

Reduzir a dependência externa, por meio da ampliação do acesso da indústria nacional a novas SQRs.

Data de início

2008: início da ação no Mais Saúde.

Instrumento legal

Termo de compromisso firmado com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com a finalidade de contratualizar a implementação do Programa Mais Saúde – assinado em 2 de julho de 2008.

Participação e controle social

A farmacopeia brasileira é elaborada em parceria com universidades credenciadas e homologada pela Comissão da Farmacopeia Brasileira, uma comissão oficial nomeada pela Anvisa.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

As SQR são padrões oficiais farmacopêicos utilizados no controle de qualidade dos insumos farmacêuticos ativos e de medicamentos disponibilizados à população brasileira. Com o incremento no número de lotes de SQRs disponíveis nos últimos anos, a Anvisa contribui para o fortalecimento do complexo industrial brasileiro ao promover a qualidade de medicamentos em uso.

Resultados

Após acordo firmado entre Brasil e Argentina, em agosto de 2009, a Farmacopeia Brasileira, que já possuía 66 SQRs, passa a dispor de 81 produtos. Os dois países vão desenvolver novos lotes de substâncias químicas de referência, com prioridade para os insumos farmacêuticos ativos fabricados no Brasil e na Argentina. Em 2009, superou-se a meta do Mais Saúde de ampliação de SQRs em mais de 30%. Em 2008/2009, foram 30 novas SQRs – valor R\$ 1.584.500,00.

Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos nos Alimentos (Para)

Serviço, em âmbito nacional, para monitorar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos.

Objetivo

Avaliar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos *in natura* que chegam à mesa dos consumidores, fortalecendo a capacidade de o Governo atender à demanda da segurança alimentar, evitando, assim, possíveis agravos à saúde da população.

Data de início

19/5/2003

Instrumento legal

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 119, de 19 de maio de 2003; transformou o Projeto de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para) em Programa.

Participação e controle social

Por meio do Para, pactuam-se ações com produtores rurais, comerciantes, mercado varejista e outros setores afins, com o objetivo de alcançar a melhoria da qualidade e da segurança dos alimentos, bem como disponibilizam-se informações produzidas pelo Programa à sociedade.

Modelo de gestão

O Para desenvolve um conjunto de ações intersetoriais e de parceria com órgãos de governo, produtores rurais, centrais de distribuição de alimentos, mercado varejista, entidades representativas dos consumidores, Ministério Público, instituições de pesquisa, entre outros.

As coordenações estaduais e municipais de vigilância sanitária que participam do Para, de posse dos resultados analíticos emitidos pelos laboratórios, desenvolvem subprogramas locais que visam à redução das irregularidades apontadas nos laudos, bem como à aproximação com os produtores de alimentos para uma melhor orientação sobre a correta utilização dos agrotóxicos. Como o Programa tem por objetivo específico fortalecer a rede de laboratórios de saúde pública, de forma a permitir que tenham capacidade técnica para investigação de resíduos de agrotóxicos em alimentos, essa rede vem sendo financiada por meio de convênios firmados com a Anvisa, como forma de dar suporte à estruturação e ao incremento da capacidade analítica desses laboratórios. O Programa também tem interface com o Ministério da Agricultura, pois um de seus objetivos é fornecer subsídios que permitam a este Ministério orientar e fiscalizar os produtores na utilização dos agrotóxicos.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Com o objetivo de implantar ações de controle e de estruturar um serviço para avaliar a qualidade dos alimentos em relação aos resíduos de agrotóxicos, a Anvisa iniciou, em 2001, o Para, o qual se transformou em um programa da Agência em 2003. A implementação de um programa nacional de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos é imprescindível para que ações de vigilância sanitária, com foco na prevenção e no controle dos riscos à saúde humana decorrentes do consumo de alimentos contaminados, sejam desenvolvidas.

Os dados obtidos pelo Programa têm possibilitado avaliar a qualidade e a segurança dos alimentos consumidos pela população, caracterizar as fontes de contaminação, proporcionar uma avaliação quanto ao uso inadequado e não autorizado de agrotóxicos, estimular a adoção de Boas Práticas Agrícolas (BPA), além de fornecer subsídios para a reavaliação dos estudos de resíduos aportados à Anvisa para fins de registro de agrotóxicos.

Resultados

No ano de 2009, 24 estados e o Distrito Federal realizaram coletas de amostras seguindo o plano de amostragem estabelecido pelo Programa. Nesse mesmo ano, o Para monitorou 20 alimentos: abacaxi, alface, arroz, banana, batata, cebola, cenoura, feijão, laranja, maçã, mamão, manga, morango, pimentão, repolho, tomate, uva, couve, beterraba e pepino. As análises dessas amostras foram realizadas pelos laboratórios públicos Instituto Octávio Magalhães (IOM/Funed, Minas Gerais) e Laboratório Central do Paraná (Lacen, Paraná) e pelo contratado Eurofins – São Paulo (SP). Nessas análises foram investigados até 234 diferentes ingredientes ativos de agrotóxicos, dependendo da cultura analisada.

Entre os serviços gerados pelo Para, destaca-se a implantação do Sistema de Gerenciamento de Amostras do Para (Sisgap), resultado de uma parceria entre a Anvisa e a Divisão de Vigilância Sanitária do Distrito Federal. No sentido de promover a capacitação de diferentes segmentos da sociedade, outra ação iniciada pela Anvisa foi a criação do Grupo de Trabalho de Educação e Saúde sobre Agrotóxicos (Gesa), de caráter permanente e coordenado pela Gerência Geral de Toxicologia.

Por fim, um dos aspectos fundamentais do Para é a ampla divulgação dos resultados para a sociedade, o que tem resultado em um conjunto de ações intersetoriais e de parceria envolvendo órgãos de governo, produtores rurais, centrais de distribuição de alimentos, mercado varejista, entidades representativas dos consumidores, Ministério Público, instituições de pesquisa, dentre outros, todos com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos alimentos. No processo de divulgação, ainda buscou-se informar ao consumidor os possíveis cuidados a serem adotados para reduzir os resíduos de agrotóxicos nos alimentos.

Vigilância Pós-uso/Pós-comercialização (Vigipós)

Trata da vigilância de eventos adversos (EA) e de queixas técnicas (QT) de produtos sob vigilância sanitária.

Objetivos

Monitorar, analisar e investigar os eventos adversos e as queixas técnicas relacionados aos serviços e aos produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso.

Data de início

22/7/2009

Instrumento legal

Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009: institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipós), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do SUS.

Participação e controle social

Além de necessitar da participação da sociedade para a geração de informações, a Vigipós produz dados que permitem retroalimentar os sistemas de controle e orientar os cidadãos e os profissionais de saúde para a prevenção de riscos relacionados a produtos.

Adotou-se uma forma transversal de trabalhar a Vigipós, que permite a integração das diversas áreas da Anvisa com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), as demais áreas da Vigilância da Saúde, os serviços de saúde e a sociedade civil organizada.

O Ministério Público, as universidades, as indústrias e as organizações não governamentais, como o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), podem integrar este rol de entidades, com o objetivo de viabilizar as intervenções que interfiram, positivamente, na redução desses eventos.

Modelo de gestão

Para a consolidação da Vigipós, as diretrizes básicas e o fluxo de trabalho foi discutido em oficina nacional com representantes da Anvisa, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (Conasems), do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz/MS), do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), indicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e da Rede Sentinela.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A rapidez da incorporação de novas tecnologias em todas as áreas de atuação da vigilância sanitária demonstra a necessidade de fortalecimento da vigilância pós-uso/pós-comercialização, hoje conhecida como Vigipós. Incluem-se, nesse contexto, o monitoramento do uso desses produtos e a utilização de métodos epidemiológicos para análise.

A Vigipós deve ser capaz de detectar precocemente problemas relacionados a produtos e a outras tecnologias e de desencadear as medidas pertinentes para que o risco seja interrompido ou minimizado. Em outras palavras, quando todas as atividades prévias não são suficientes para eliminar completamente os riscos, o sistema de vigilância deve ser sensível para que os danos porventura existentes sejam os menores possíveis.

Resultados

Por meio de contribuição ao Programa Mais Saúde – O.C.2.D.8 – aprimorar as informações sobre a vigilância pós-uso de produtos sob vigilância sanitária –, observam-se avanços importantes no ano de 2009 para a Vigipós:

- Aumento de quase 40% na notificação de eventos adversos de medicamentos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).
- Aumento de 36% na notificação de eventos adversos de sangue e de componentes no Notivisa.
- Aumento de 14% na notificação de eventos adversos e de queixas técnicas de produtos para a saúde no Notivisa.

Projeto de Monitoração da Propaganda

O Projeto de Monitoração da Propaganda é resultado de uma iniciativa da Anvisa para expandir a todas as regiões brasileiras a monitoração e a fiscalização da propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária. Para tanto, foram desenvolvidas parcerias com diversas instituições de ensino superior do Brasil que monitoram, captam, pré-analisam e encaminham propagandas para a Anvisa e, dessa forma, auxiliam a Agência nas atividades de monitoramento e de fiscalização do setor.

Objetivos

- Monitorar e fiscalizar a propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária com vistas a reduzir a exposição da população à propaganda abusiva e enganosa, verificando o cumprimento da legislação sanitária e adotando as medidas corretivas.
- Estimular a discussão de temas como automedicação, intoxicações e uso inadequado de medicamentos junto à sociedade e à comunidade acadêmica para minimizar os riscos à saúde da população.
- Estimular e apoiar ações estratégicas de educação e de informação envolvendo comunicadores de rádio e escolas de ensino fundamental e médio.

Data de início

2004: início da segunda fase, com ampliação do projeto.

Participação e controle social

As ações do Projeto são direcionadas a toda a comunidade e a grupos específicos, como os conselhos de classe, as associações e as escolas. Além disso, os temas relacionados à propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária e as ações desenvolvidas pelas instituições nas comunidades são levados ao conhecimento dessas comunidades via rádios, jornais e revistas com o objetivo de estimular a participação social.

Modelo de gestão

Além das parcerias com diversas universidades que monitoram, captam, pré-analisam e encaminham propagandas para a Anvisa, o Projeto de Monitoração da Propaganda inclui o desenvolvimento de ações conjuntas com as vigilâncias sanitárias locais e com as secretarias de educação dos estados e de municípios.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A primeira fase do Projeto em questão, denominada Projeto de Monitoração de Propaganda e Publicidade de Medicamentos, teve a duração de 12 meses (2002-2003) e representou um intenso processo de cooperação entre a Anvisa e 17 universidades. Devido ao sucesso da primeira etapa, o Projeto foi ampliado em sua segunda fase (2004-2006) para o monitoramento de algumas categorias de alimentos e de produtos para a saúde, sendo então denominado Projeto de Monitoração de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária.

Resultados

Em 2004-2006, o Projeto contou com a parceria de 17 universidades. Em 2007-2008, com 18 instituições, quando foi novamente ampliado, com a inclusão de novos tipos de produtos para a saúde e de alimentos abrangidos pela Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância (NBCAL). Já em 2009, o projeto centralizou seus objetivos em estimular e em apoiar ações estratégicas de educação e de informação envolvendo comunicadores de rádio e escolas de ensino fundamental e médio. Em 2009, na fase Educação e Informação, foram realizadas atividades por 16 universidades, em 12 estados e no Distrito Federal.

Cada instituição de ensino superior envolvida foi responsável por implementar ações como a elaboração de material informativo e regionalizado para os comunicadores de rádio, com orientações e critérios sobre propaganda de alimentos e de outros produtos sujeitos à vigilância sanitária. As instituições também promoveram atividades educativas em 27 escolas e levaram a mais de 2,5 mil alunos orientações sobre uso adequado de medicamentos, alimentação saudável e influência da propaganda no consumo de produtos sujeitos à vigilância sanitária.

O Projeto é, atualmente, a principal fonte de captação de propaganda da Anvisa. Além de ampliar a monitoração e a captação em todas as regiões brasileiras, levou à discussão da propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária à comunidade acadêmica, às pesquisas, aos eventos da área de saúde e à mídia de todo o Brasil.

Indução a pesquisas com foco na geração de métodos/processos e produtos para a saúde

- Gerar conhecimento científico nas áreas das ciências biológicas aplicadas à saúde, das ciências humanas e sociais aplicadas à saúde, da pesquisa clínica, da pesquisa epidemiológica e da avaliação de tecnologias em saúde.
- Assegurar, assim, a melhoria contínua das condições de saúde da população.
- Desenvolver novos fármacos, medicamentos, imunobiológicos e kits para diagnóstico.
- Otimizar métodos e processos de saúde pública, visando à ampliação do acesso da população às tecnologia de saúde e à melhoria dos serviços prestados pelo SUS.

Data de início

2003

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A ação do PPA Fiocruz – Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – é anterior ao período de 2004, mas programas foram instituídos no âmbito da Fundação para impulsionar as atividades de pesquisa visando ao desenvolvimento de métodos e de produtos para a saúde, como o Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (PDTSP) e o Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Insumos para a Saúde (PDTIS).

Além do desenvolvimento de projetos cujo objetivo primeiro é a geração de conhecimento, sem a intenção de aplicação imediata, a Fiocruz tem priorizado nos últimos anos a realização de projetos de desenvolvimento tecnológico, cujo objetivo é a introdução de produtos/insumos ou de métodos/processos inovadores de interesse para o sistema de saúde brasileiro. Em 2006, por exemplo, pesquisadores da Fiocruz decifraram o genoma do BGC, vacina contra a tuberculose, abrindo amplo campo de pesquisa científica sobre o tema. Essas atividades, voltadas para a inovação no complexo produtivo da saúde, são das mais relevantes no contexto de inserção atual da Fiocruz nas políticas públicas de ciência e de tecnologia em saúde.

Nesse sentido, a Fiocruz procura fomentar, avaliar e dar transparência a projetos voltados para a aplicação imediata dos resultados da pesquisa para suprir as necessidades de saúde da população.

Resultados

Diversos projetos estruturantes com potencial em inovação têm sido desenvolvidos pela Fiocruz, contribuindo para o avanço da produção nacional no Complexo Industrial da Saúde e para a diminuição da dependência tecnológica do País no campo dos insumos estratégicos da saúde, com destaque para o desenvolvimento e para a produção de bioprodutos, de medicamentos, de reagentes e de vacinas. Ressaltamos aqueles em fases avançadas de desenvolvimento e com previsão para início de produção e de incorporação ao SUS nos dois próximos anos, muitos com foco nas doenças negligenciadas:

- Desenvolvimento de novas vacinas de alta tecnologia: meningite C conjugada, febre amarela inativada, leptospirose, esquistossomose.
- Implementação no SUS de modernas e mais seguras técnicas de análise para diagnóstico, de apoio ao tratamento e de vigilância epidemiológica em DST, doenças negligenciadas e hemoterapia: diagnóstico leishmaniose visceral, diagnóstico HIV e HCV, diagnóstico leptospirose, diagnóstico molecular tuberculose, diagnóstico esquistossomose, teste aglutinação rotavírus e Direct Agglutination Test (DAT) de leishmaniose.
- Desenvolvimento tecnológico de novas formulações em antirretrovirais e em outros medicamentos.
- Transferência de tecnologia e desenvolvimento de biofármacos de fronteira (interferon peguilado).
- Incorporação da tecnologia de biofármacos por DNA recombinante – insulina.

Também merecem destaque no período os seguintes produtos e métodos:

- Produtos e insumos estratégicos de saúde:
 - ✓ Análogos da lidocaína, com atividade anti-inflamatória e antiasmática Antígeno filtrado de *Histoplasma capsulatum*, *Paracoccidioides brasiliensis* e *Aspergillus fumigatus*
 - ✓ Cloroquina 150mg e primaquina 15mg
 - ✓ Nova formulação de amoxicilina suspensão
 - ✓ Novos análogos de mexiletine com atividade anti-inflamatória e antiasmática
 - ✓ Omeprazol 10mg e 20mg
 - ✓ Oseltamivir 75mg cápsula
- Métodos e processos de interesse para o SUS:
 - ✓ Aferição de custos e de custo-efetividade de atividades de pesquisa clínica ampliada.
 - ✓ Análise de Eritropoetina Humana Recombinante via eletroforese SDS-PAGE, Imunoblot e cromatografia líquida 87.
 - ✓ ConPad 1.1: Sistema Informatizado para Controle de Estoque de Materiais de Referência de Agrotóxicos para Análise de Alimentos sujeitos à Vigilância Sanitária.
 - ✓ Detecção de *Salmonella* spp. em matriz de leite em pó pela técnica de liofilização.
 - ✓ DiagnosisMed: *software* para avaliação da performance de testes diagnósticos em saúde
 - ✓ Metodologia de detecção de vírus rábico residual em células.
 - ✓ Padronização e validação do ELISA com a utilização de anticorpos monoclonais anti-HBs e antígenos HBsAg.
 - ✓ Sistema de Monitoramento e Controle Populacional do *Aedes* (SMCP-*Aedes*).
 - ✓ Evolução de publicações em revistas indexadas, 2003/2009: foram 7.506 publicações.
 - ✓ Pedidos de Patentes requeridos no Brasil e no exterior, 2003/2009: foram 41 no Brasil e 98 no exterior.

Expansão e reestruturação da Fiocruz em território nacional

Objetivos

- Aumentar a rede de ciência e de tecnologia no País por meio da incorporação de novas unidades, focando, sobretudo, as necessidades regionais de saúde da população.
- Reestruturar as unidades já existentes, modernizando e adequando instalações.

Data de início

Em 2007, surgiram as primeiras iniciativas de incorporação das novas unidades.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A expansão nacional da Fiocruz é uma das políticas adotadas para o fortalecimento do complexo industrial/produtivo da saúde, fortalecendo as pesquisas e o desenvolvimento tecnológico focando soluções em saúde nas diversas regiões do País.

Resultados

Expansão da Fiocruz para a região Sul

A Fiocruz deliberou, em dezembro de 2007, pela integração de parte da estrutura e de funções do Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) como uma nova unidade técnico-científica, sob a denominação de Instituto Carlos Chagas (ICC). Consolidada essa integração em 2009, o ICC tem como foco contribuir para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde e para a melhoria das condições de saúde na região Sul do Brasil e no Mercosul e vem reforçar a competência da Fiocruz na área de Biologia Molecular aplicada à saúde. A unidade possibilita agregar valor a novos produtos desenvolvidos por meio de projetos de pesquisa e implantar plataformas tecnológicas para aplicação em novas ferramentas para uso em diagnóstico, em que se destacam a plataforma de microarranjo líquido para desenvolvimento de multitestes e a plataforma do Nucleic Acid Test (NAT) para diagnóstico de HIV e hepatite C nas doações de sangue – Relatório de Gestão 2009.

Expansão Fiocruz para a região Norte

Em 2010, foi estabelecida na Fiocruz, em nova unidade, seguindo as metas do Programa Mais Saúde, que é constituída em grande parte do acúmulo científico e do material do Instituto de Pesquisas em Patologia Tropical de Rondônia (Ipepatro). Sua missão como unidade da Fiocruz será “Gerar, difundir e induzir a implementação de soluções científicas e tecnológicas para situações de saúde e doença que afetam as populações da Região Noroeste do Brasil, com atenção à redução das iniquidades individuais e locais” –Relatório de Gestão 2009.

Expansão Fiocruz para a região Centro-Oeste

Ainda em 2010, foi instituída a Fiocruz Pantanal – Mato Grosso do Sul, cuja missão estabelecida foi “Gerar soluções científicas e tecnológicas para os principais problemas de saúde pública da região Centro-Oeste e das populações de fronteira e promover a incorporação das mesmas às práticas e paradigmas do SUS” –Relatório de Gestão 2009.

Construção do CIPBR

Em 2007, iniciaram-se as obras do Centro Integrado de Protótipos, Biofármacos e Reagentes Diagnósticos (CIPBR), cuja previsão de conclusão para 2012 está com 10% de execução. É um projeto estratégico para o desenvolvimento da Rede Nacional de Ciência e Tecnologia, pois viabilizará a produção de lotes experimentais destinados à realização de ensaios clínicos e à validação dos produtos, sobretudo de biofármacos e de reativos para diagnósticos – Biomanguinhos/Memo nº 01/ASSPO/10 de 12/8/2010).

Construção do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS)

Objetivo

Ampliar a oferta de produtos/ insumos de saúde à população e minimizar o comprometimento do balanço nacional de pagamentos devido à importação, pelo Brasil, de tecnologia e de produtos biotecnológicos.

Data de início

2008

Instrumento legal

PPA 2008-2011

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Foi concluído em 2004 o projeto de criação do CDTS, que tem como principal atribuição complementar, na Fiocruz, o processo pesquisa-desenvolvimento-produção. O CDTS se destina ao desenvolvimento de produtos candidatos que serão submetidos a etapas de processamento experimental visando apurar suas melhores características e avaliar sua segurança e eficácia, em uma fase de estudos pré-clínicos. Deverá abrigar atividades que são atualmente “gargalos” nacionais no desenvolvimento de novos insumos para a saúde, como a toxicologia.

Também deverá permitir que a Fiocruz incorpore novas tecnologias e se mantenha instrumentalmente atualizada. Para tanto, oferecerá plataformas tecnológicas necessárias para transformar conhecimentos – gerados principalmente nos projetos de fomento institucional do Programa de Desenvolvimento Tecnológico de Insumos em Saúde (PDTIS), Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP) e Programa Estratégico de Apoio a Pesquisas em Saúde (Papes) em produtos que poderão integrar a oferta pública de insumos para a saúde. Valor inicial do projeto: R\$ 69.750.001,00. Foi licitado o projeto executivo.

Resultados

Andamento das obras:

- 2005: licitação da obra de aproximadamente 15 mil m², orçada em aproximadamente R\$ 67 milhões. Um dos licitantes impugnou o processo.
- 2006: deveriam ser iniciadas as obras do CDTs. Mais uma vez, um dos licitantes ofereceu impugnação contra licitação, ocasionando embargo do processo. Análise da ação no TCU.
- 2007: TCU não autoriza o início das obras.
- Ago/2008: autorizado início das obras. Foram executados 5,3% da obra e são necessários ajustes no projeto, cronograma e contrato em consequência do prolongado período de paralisação.
- 2009: executados 32% das obras, tendo sido gastos R\$ 24.707.987,76, referentes à obra e à revisão geral do Projeto Executivo.
- Até agosto/2010: executados 44% da obra, tendo sido gastos R\$ 28.549.987,21, referentes à obra e à revisão geral do projeto executivo. Previsão de término em 2012.

Análise da Qualidade de Produtos Ofertados à População

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) assume atividades exclusivas de Estado no programa de Análise Técnico-laboratorial da Qualidade de Produtos Ofertados à População.

Objetivo

Atuar em todo o território nacional, atendendo ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e interagindo com organizações internacionais, vinculados à qualidade de produtos ofertados à população, assegurando a prevenção da ocorrência de possíveis efeitos indesejáveis à saúde humana decorrentes da utilização de insumos, produtos ou serviços inadequados e sujeitos à vigilância sanitária.

Data de início

2003

Instrumento legal

Artigo 32 do Estatuto da Fiocruz – Decreto nº 4.725, de 9 de junho de 2003: estipula ao Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) suas competências de coordenação, de supervisão e de execução como órgão estratégico para o SUS na área de Vigilância Sanitária.

Regulação e qualidade dos produtos de saúde

A Resolução nº 73, de 2008, da Anvisa, que, além de outras providências, delega à Fiocruz/INCQS a responsabilidade de liberação de lotes para consumo de vacinas e soros hiperimunes, tanto para programas públicos de prevenção e controle de doenças imunopreveníveis quanto para o mercado privado e de exportação.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A condição do INCQS como órgão de referência nacional para as questões relativas ao controle da qualidade de insumos, produtos e ambientes e serviços vinculados à Vigilância Sanitária via-se vulnerável por questões políticas. A partir de suas atribuições reguladas por meio do Decreto da Fiocruz, houve a garantia de seus recursos para as atividades propostas e o fortalecimento da pesquisa na área de Vigilância Sanitária.

Resultados

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

O INCQS é a unidade de referência laboratorial para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde (Anvisa/MS) e participa ativamente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, com análises dos produtos do Programa Nacional de Imunização e do Programa de Farmácia Popular, dentre outros. As análises da qualidade se concentram nos produtos: vacinas e soros hiperimunes, sangue e hemoderivados, insumos para diálise, medicamentos, alimentos, conjuntos e reagentes diagnósticos, cosméticos, saneantes domissanitários, análises na área de saúde ambiental e em outros produtos correlatos de importância para a saúde.

Fortalecendo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a Fiocruz, via INCQS, apoia os Laboratórios Centrais em todos os estados do Brasil (Lacens), oferecendo consultoria para a implantação de Sistema da Qualidade, material de referência, metodologias de diagnóstico laboratorial e outros procedimentos técnicos e de gestão, junto com a capacitação dos recursos humanos. Várias outras instituições e laboratórios públicos também receberam assessoria por parte do INCQS, entre eles o Inmetro, o Instituto Vital Brasil, o Laboratório Farmacêutico da Marinha, o Laboratório Químico e Farmacêutico da Aeronáutica e a Sociedade Brasileira de Química.

O INCQS realiza, anualmente, uma média de 4,5 mil análises de amostras de produtos, que passam por diversos testes nos diversos laboratório antes da liberação do laudo.

São desenvolvidos pelo Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec), por meio dos serviços ofertados pelo seu Laboratório de Equivalência Farmacêutica (LabSefar), testes de bioequivalência em medicamentos das indústrias farmacêuticas públicas e privadas, apoiando a ação de Vigilância Sanitária.

Da mesma forma, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) realiza aproximadamente duas mil análises de amostras de leite materno para distribuição/ano.

Incorporação de tecnologia

Objetivo

Atender às demandas do SUS em relação a produtos essenciais e de qualidade para a população, diminuindo a dependência do País por tecnologias importadas, gerando economia para os cofres públicos e garantindo acesso à população a determinados produtos frente à vulnerabilidade econômica do País.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

As ações de incorporação de tecnologia se intensificaram a partir de 2004, tendo em vista o compromisso institucional na busca de autossuficiência tecnológica e comercial para os programas nacionais de saúde pública e isto se vê principalmente na área de imunobiológicos, fármacos, biofármacos, áreas estas estratégicas para o SUS.

Resultados

Programa Aids – Produção do teste rápido para diagnóstico em 2006: no ano de 2004, mereceu destaque o teste rápido para diagnóstico de HIV (1/2), desenvolvido após assinatura de contrato de transferência de tecnologia entre o Biomanguinhos e a empresa norte-americana Chembio Diagnostics. O domínio dessa tecnologia e a inclusão desse produto no portfólio do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Biomanguinhos reduziram a dependência tecnológica na área e o teste passou a ser distribuído pela Fiocruz ao Programa Nacional de DST/Aids, favorecendo o diagnóstico precoce, começando pela prevenção da transmissão vertical – de mãe para filho. O novo kit diagnóstico não necessita de infraestrutura laboratorial e o resultado fica pronto em dez minutos. De 2006 a 2009, foram produzidos 3,6 milhões de kits diagnósticos e, para 2010, pretende-se entregar ao Ministério da Saúde mais 2,4 milhões de kits.

Programa Aids – Produção do Medicamento Efavirenz em 2009: a partir do licenciamento compulsório decretado pelo Governo brasileiro em maio de 2007, a Fiocruz iniciou a produção do medicamento Efavirenz, que compõe o coquetel antiaids utilizado no SUS. No campo da produção e do fornecimento de insumos para a saúde, este foi um dos projetos mais estratégicos e de extrema relevância no ano de 2009, tendo em vista ser um dos primeiros frutos para diminuir a dependência do Brasil em relação ao mercado farmacêutico mundial e fortalecer a participação nacional no complexo industrial da saúde, além de gerar uma economia de mais de 30 milhões para os cofres públicos, segundo dados da Revista Radis nº 78, de fevereiro de 2009. Em 2009, foram produzidas cerca de 18 milhões de unidades farmacêuticas e, para 2010, há a perspectiva de fornecimento de aproximadamente 19 milhões.

Produção dos biofármacos Eritropoetina Humana e Interferon, em 2006: o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Biomanguinhos, por meio de acordo com Cuba para a transferência de tecnologia, iniciou, em 2006, a produção e a distribuição dos biofármacos Eritropoetina Humana e Interferon 2b Humano Recombinante, que tem permitido à população o acesso gratuito e garantido a produtos de elevada tecnologia e contribuído para uma significativa redução do alto impacto econômico de algumas doenças como câncer, hepatites e insuficiência renal crônica.

Os biofármacos são obtidos pelo emprego industrial de microorganismos ou de células modificadas geneticamente para a produção de determinadas proteínas de aplicação terapêutica. Esta tecnologia permite reproduzir proteínas idênticas às naturais e também elaborar outras totalmente novas, com maior atividade biológica, maior vida média ou menos efeitos colaterais, por exemplo (Site Biomanguinhos, acessado em 1/9/2010). De 2006 a 2009, já foram fornecidos ao SUS aproximadamente 24 milhões de unidades de biofármacos e, até o final do ano de 2010, deverão ser fornecidas mais 9,8 milhões de unidades.

Transferência de tecnologia, em 2009, para produção do Interferon Peguilado: em 2009, foi firmada transferência de tecnologia com o governo de Cuba para o desenvolvimento do Interferon Peguilado, em Biomanguinhos.

Incorporação de Tecnologia de biofármaco recombinante em 2007 – produção de insulina: o processo de incorporação de tecnologia de biofármacos por DNA recombinante para a produção nacional de insulina, iniciado em 2006 por meio de intercâmbio com o Instituto Ucrâniano CJSC – Indar, vai permitir que se produzam 50 milhões de doses de insulina humana por ano a partir de 2011. A geração de um produto final mais barato e eficaz impactará não só em melhorias no cuidado ao diabético, mas também na regulação do mercado e na diminuição do gasto com esse insumo – atualmente o Brasil importa 170 milhões de doses do medicamento.

A incorporação da tecnologia recombinante permitirá à Fiocruz suprir o País e regular o mercado, mas, principalmente, vai abrir um capítulo de desenvolvimento tecnológico associado visando a outros biofármacos. Enquanto ocorre o processo de transferência de tecnologia, em 2009 já foram importados e distribuídos 504 mil frascos e mais 504 mil chegaram em 23/11/2010 na Fiocruz. A licença de importação para um terceiro embarque do mesmo quantitativo já foi autorizada. O Ministério da Saúde já investiu R\$ 39 milhões no período de 2007 a 2011.

Influenza A H1N1 – Produção do medicamento Fosfato de Oseltamivir, em 2009, e pesquisa para desenvolvimento do teste diagnóstico: o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) iniciou, em 2009, a produção e a distribuição do medicamento Fosfato de Oseltamivir sob o formato de cápsulas. Este é considerado o medicamento mais eficiente até o momento no tratamento da influenza A H1N1 e foi distribuído aos estados e a hospitais de referência, segundo determinação do Ministério da Saúde.

Em 2009, foram produzidos cerca de seis milhões de unidades farmacêuticas e, para 2010, há a previsão de mais 13 milhões. Pesquisadores da Fiocruz estão envolvidos em um projeto que visa aperfeiçoar o diagnóstico laboratorial do vírus da influenza A H1N1, hoje fornecido pela OMS, visando à substituição por similares nacionais de maior qualidade e sensibilidade, além de promover maior autonomia para o sistema brasileiro, economia de recursos públicos e ampliação da capacidade de análises de amostras. O término dos testes está previsto para o final de 2010, com entrega da primeira remessa ao Ministério da Saúde em 2011.

Produção da vacina contra Rotavírus, em 2008: Biomanguinhos assinou contrato de transferência de tecnologia com a GlaxoSmithKline (GSK) para produção da vacina contra rotavírus, com previsão de que cerca de 50 milhões de doses dessa vacina de alta tecnologia sejam produzidas até 2013 e fornecidas ao Programa Nacional de Imunização (PNI), do Ministério da Saúde, para a redução nas hospitalizações por diarreia aguda em crianças menores de um ano. Entre 2008 e 2009, foram fornecidas mais de 16 milhões de doses da vacina, com a perspectiva de entrega ao MS de mais 11 milhões em 2010.

Produção da vacina Tríplice Viral, em 2004: e outubro de 2003, BioManguinhos/Fiocruz e a empresa GlaxoSmithKline assinaram um acordo de transferência de tecnologia da vacina combinada contra rubéola, sarampo e caxumba (chamada Tríplice Viral), até então o único imunobiológico presente no calendário básico de vacinação ainda importado pelo Ministério da Saúde. A partir de 2004, foi iniciada a assimilação da tecnologia e a produção da vacina.

Medicamento para pacientes com malária, em 2008: também se destaca o lançamento do medicamento Artesunato + Mefloquina (ASMQ), utilizado por pacientes com malária, em 2008. Por meio de uma parceria com a Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas – Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI), o produto inovador foi totalmente desenvolvido e registrado no Brasil.

Produção da Vacina pneumocócica conjugada, em 2009: como compromisso com o fortalecimento da propriedade intelectual nacional, a Fiocruz firmou o acordo de transferência de tecnologia com a empresa inglesa GlaxoSmithKline (GSK) para a produção da vacina pneumocócica conjugada, que protege contra a pneumonia e a meningite por pneumococo, a otite média e as formas de bronquite e de sinusite causadas pela bactéria pneumococo. Estima-se que a incorporação da vacina pneumocócica conjugada no SUS contribuirá para evitar a morte de 10 mil crianças por ano. A produção foi iniciada no final de 2009. Em 2010, o Instituto de Tecnologia de Imunobiológicos – Biomanguinhos estima totalizar 13 milhões de doses para atender à demanda do Ministério da Saúde.

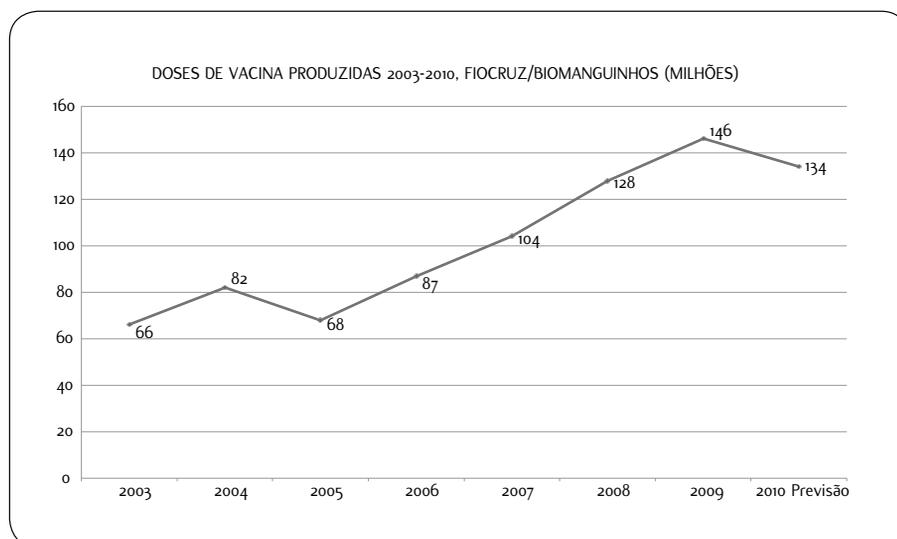
Conjunto diagnóstico para investigação da esquistossomose: em 2008, Biomanguinhos iniciou ainda a produção do Helm Test, conjunto diagnóstico recomendado pela OMS para investigação de esquistossomose. Com registro na Anvisa, este novo produto possibilita o preparo mais fácil do exame parasitológico de fezes para a identificação de ovos de helmintos, permitindo melhor diagnóstico e controle da qualidade das lâminas.

Biomanguinhos: junto com outros laboratórios públicos brasileiros, abastece o SUS com os imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações, respondendo pela produção de cerca de um terço das vacinas consumidas no Brasil. Sua produção é repassada ao governo a preços competitivos com os do mercado internacional, contribuindo para uma grande economia de divisas. A produção de Biomanguinhos está voltada para vacinas contra poliomielite, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), meningites meningocócicas A/C, por *Haemophilus influenzae* (HIB) e a conjugação do componente HIB com a vacina DTP, rotavírus e pneumocócica. É também o maior produtor mundial da vacina contra a febre amarela, que é fornecida para várias agências da Organização das Nações Unidas (ONU).

A Fiocruz/Biomanguinhos produz ainda reagentes para diagnóstico de doenças infecciosas, que compreende conjuntos diagnósticos para a leishmaniose humana e canina, leptospirose, HIV, doença de Chagas, conjugado anti-Ig humana, esquistossomose. Em 2008, alcançou o resultado mais expressivo desde o início do Programa, produzindo 5,7 milhões de conjuntos para diagnóstico, superando em quase 80% a produção do ano anterior. Entre os anos de 2003 e 2009, foram produzidos mais de 23 milhões de reações para diagnósticos, com previsão de mais oito milhões para 2010.

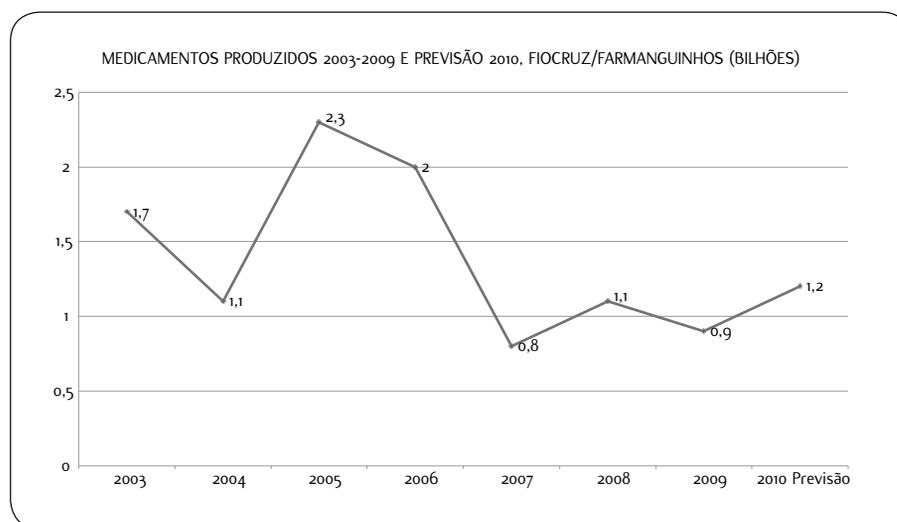
Farmanguinhos: unidade da Fiocruz na área de medicamentos. Fornece para os programas: Saúde da Família, Farmácia Popular, HiperDia, Saúde da Mulher, Hanseníase, Pneumologia Sanitária, DST/Aids, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica Básica, Multidrogas, Endemias focais e Calamidades. O Instituto já produziu, entre 2003 e 2009, aproximadamente dez bilhões de unidades farmacêuticas, com a previsão de produção de mais 1,2 bilhão de unidades para o ano de 2010.

A queda existente em 2005 refere-se, em parte, à substituição da apresentação de vacinas bacterianas incorporando o componente Hib à tríplice DPT – difteria, pertusse ou coqueluche e tétano. Ao longo dos anos a produção aumentou, sobretudo depois de 2007, após as transferências de tecnologias, possibilitando a produção de novas vacinas, aumentando o portfólio de Biomanguinhos.



Fonte: Fiocruz.

O início das atividades na nova planta do Complexo Tecnológico de Medicamentos (CTM), em Jacarepaguá, contribuiu para o aumento na produção de medicamentos em 2005. Porém, após as readequações necessárias de produção e a autorização na descentralização das compras de medicamentos pelos entes federativos, em 2006, houve diminuição de demanda pelo Ministério da Saúde e queda importante na produção de medicamentos. Após incremento com a produção dos antirretrovirais, a curva de produção foi retomada a partir de 2007.



Fonte: Fiocruz.

Implantação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Hemobrás

Desenvolvimento de estudos e elaboração de projetos destinados à implantação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás). O projeto é para uma unidade industrial com: cinco blocos fabris (câmara fria, produção, envase, condicionamento e laboratório), um bloco específico para manutenção, um bloco de elétrica para subestação elétrica de alta tensão, caldeira e quatro blocos auxiliares para utilidades. O valor total do projeto é de R\$ 540 milhões. Hemoderivados são produtos farmacêuticos para uso clínico, produzidos por processos industriais físicos e químicos, tendo o plasma como matéria-prima. São, principalmente, os fatores VIII e IX da coagulação, o complexo protrombínico, a albumina e as imunoglobulinas.

Objetivos

- Implantação da fábrica de hemoderivados e de biotecnologia para fracionamento de plasma fresco congelado, excedente do uso transfusional, para assegurar aos pacientes do SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia, substituindo sua importação.
- Garantir a qualidade e a autossuficiência em sangue, em componentes e em derivados sanguíneos e a assistência aos portadores de doenças de coagulação sanguínea e de má formação das hemácias.

Data de início

2007

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação de um polo de biotecnologia no Nordeste contribuirá também para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde, para a desconcentração dos investimentos e da tecnologia e para a redução das desigualdades regionais.

Resultados

O contrato de transferência de tecnologia, etapa decisiva para a implantação da fábrica, foi assinado em outubro de 2007. Somente após aquela data houve condições de melhor desenhar e estimar, com base em maiores informações tecnológicas e de engenharia, o projeto e os custos decorrentes da implantação da fábrica, o que implicou alterações e atualizações do ponto de vista técnico-operacional, mercadológico, financeiro e ambiental.

O valor total do projeto de implantação da fábrica e o prazo para sua conclusão foram aprovados junto à Comissão de Monitoramento e Avaliação, coordenada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em fevereiro de 2010, e estão vinculados a pagamentos da transferência de tecnologia pelo laboratório francês, aos custos de engenharia da planta industrial, incluindo unidade administrativa, aquisição e instalação de equipamentos, bem como validação de processos.

Foram realizadas a análise das características do terreno e a contratação de serviços de terraplenagem e para levantamento de muros, assim como a licitação e a contratação de projetos paisagístico, arquitetônico e de engenharia para a construção da fábrica e de suas dependências.

O processo de transferência de tecnologia avançou mais rapidamente a partir de 2009, com a entrega de todos os projetos básicos e de alguns projetos executivos detalhados, permitindo maior clareza sobre o desenvolvimento da implantação da fábrica.

As obras do primeiro bloco da planta industrial, a unidade do plasma, com câmara fria, a menos 35°, foram iniciadas no primeiro semestre de 2009 e, posteriormente, paralisadas por força judicial. Tais serviços foram retomados no fim do primeiro semestre de 2010 e têm previsão de término para meados de 2011.

Está previsto, até final de 2010, o lançamento do edital dos outros blocos da planta industrial. A expectativa é que se desenvolvam as obras dos demais blocos e se iniciem os processos de validação e de registro de produtos, bem como a execução de treinamentos programados na França, no âmbito da implantação da fábrica.

Foram realizadas visitas e assessorias a mais de 80 serviços de hemoterapia/hematologia do País, promovendo a estruturação e a melhoria dos serviços de hemoterapia com a distribuição e a instalação de equipamentos específicos para o congelamento rápido e de controle.

Pesquisas e inovações tecnológicas em medicina tropical e meio ambiente

Pesquisas e inovações tecnológicas em medicina tropical e meio ambiente no Instituto Evandro Chagas no estado do Pará.

Objetivos

Obter e difundir conhecimentos científicos e técnicos no âmbito da vigilância em saúde, das ciências biológicas, do meio ambiente e da medicina tropical em atuação nacional e com ênfase na Amazônia Legal.

Data de início

2003

Instrumento legal

- Leis Orçamentárias Anuais – LOA de 2003 a 2009
- PPA 2004-2007 e PPA 2008 – 2011

Resultados

- Realizadas 690 pesquisas (2006/2010), publicados 424 artigos científicos e 907 produções científicas apresentadas em eventos (2003/2010), realizados 1.036 projetos de pesquisa (2003/2010), produzidos e distribuídos antígenos e antissoros, publicada a Revista Pan-Amazônica de Saúde.
- Titulações: o IEC, de 2003 a 2010, buscou parcerias junto às universidades locais para disponibilizar cursos de pós-graduação, visando melhorar a qualificação de sua força de trabalho.
- Especialização: até 2003, existiam 19 profissionais. De 2003 a 2010, 19 obtiveram este grau, 53% de aumento.
- Mestrado: existiam, em 2003, 19 mestres. De 2003 a 2010, 41 obtiveram o mesmo grau, 68% de acréscimo.
- Doutorado: existiam oito. No decorrer do período, 24 obtiveram o grau de doutor, 75% de acréscimo.
- Inauguração do primeiro laboratório de Biossegurança 3 (NB3) na Amazônia Legal.
- Determinações laboratoriais: de 2003 a 2010, foram realizadas 1.380.042 análises para pesquisas em desenvolvimento, atendimento de surtos, confirmação diagnóstica, controle de qualidade para os outros laboratórios, em atendimento a populações da região.
- Realização de exames em apoio à pesquisa e elucidaciones diagnósticas, achados científicos, estudo da eficácia e eficiência das vacinas – rotavírus e estreptococos, atendimento em razão de surtos e de desastres ambientais.
- Avaliação da situação saúde-doença nas áreas de influência dos projetos de mineração do Salobo e Juruti, por meio de convênios com a Vale do Rio Doce e com a *Aluminium Company of America* (Alcoa), aquisição das tecnologias para a determinação de genomas microbianos completos, Solid e 454 da Roche, instalação de um grupo de pesquisa na área de inovação e de tecnologia e construção de laboratório de leishmaniose.

INSUMOS PRODUZIDOS PELO IEC PARA OS LABORATÓRIOS DA REDE PÚBLICA

Antígenos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Dengue (ml)	535,8	700,5	426,0	1525	1069,5	1.148	793	735
Febre amarela (ml)	25,7	48,5	185	70	107	78	184	192
Raiva	-	-	-	-	-	-	300	200
Leishmaniose (ml)	-	446,2	510	905,3	386	310	1.050	300
Toxoplasmose (ml)	-	-	-	-	150	80*	80 ¹	50
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	80 ²	-
Salmonella typhi	-	-	70	100	120	300	-	-
Histoplasma capsulatum	-	-	10	-	20	50	10	50
Aspergillus fumigatus	-	-	10	-	37	20	-	-
Aspergillus niger	-	-	-	-	-	-	40 ³	-
Aspergillus flavus	-	-	-	-	-	-	77 ⁴	-
Paracoccidioides brasiliensis	-	-	10	-	45	20	45 ⁵	200
Fonsecae pedrosoi	-	-	-	-	-	-	-	80

Fonte: Seções Científicas do IEC (Arbovirologia, Bacteriologia e Parasitologia).

(1) 60ml de humano e 20ml animal

(2) 60ml humano e 20ml animal

(3) 15ml humano e 25ml de coelho

(4) 50ml humano e 27ml de coelho

(5) 20ml humano e 25ml de coelho

* Dados computados até agosto/2010.

INSUMOS DISTRIBUÍDOS PELO IEC PARA OS LABORATÓRIOS DA REDE PÚBLICA NOS OITO ÚLTIMOS ANOS

Antígenos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dengue (ml)	-	588,5	97,5	583,5	-	409	281,5	458
Febre amarela (ml)	-	48,5	24	36,5	-	36,5	29,5	32,5
Leishmaniose (ml)	-	446,2	30	600	-	-	45	-

Fonte: Seções Científicas do IEC (Arbovirologia, Bacteriologia e Parasitologia).

Programa de Pesquisa para o SUS

O Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), gestão compartilhada em saúde, é um modelo de fomento descentralizado, criado para financiar pesquisas na área da saúde visando à aplicação de seus resultados no Sistema Único de Saúde.

Objetivo

- Financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população.
- Contribuir para o fortalecimento e para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
- Promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde em todos os estados da federação.

Data de início

2004

Instrumento legal

O delineamento do Programa com as etapas de operacionalização, as competências de cada instituição parceira e os instrumentos referenciais para a seleção, para a execução e para o acompanhamento das pesquisas encontram-se descritos no Documento de Diretrizes Técnicas – Programa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS).

Participação e controle social

Entre as etapas de operacionalização do PPSUS, destaca-se a realização das oficinas de prioridades de pesquisa em saúde, realizadas com o intuito de identificar as necessidades regionais de pesquisa em saúde. Sua execução inclui a participação de gestores e de técnicos representantes dos serviços de saúde e de representantes da comunidade científica.

Modelo de gestão

O modelo de gestão do Programa é compartilhado, com ação de quatro atores das esferas federais e estaduais: ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, por meio do CNPq, fundações de Amparo à Pesquisa estaduais e secretarias estaduais de Saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O PPSUS é uma iniciativa que visa à descentralização do fomento à pesquisa em saúde e prioriza a gestão compartilhada de ações. Envolve parcerias nas esferas federal e estadual, entre instâncias de saúde e de ciência e tecnologia. Na esfera federal, participam o Ministério da Saúde, coordenador nacional do Programa, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia (CNPq/MCT), responsável pelo gerenciamento administrativo do PPSUS no País.

Na esfera estadual, estão envolvidas as fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e as secretarias estaduais de Saúde (SES). O Programa foi criado para diminuir as desigualdades regionais na produção de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S), por meio de uma política de desconcentração de recursos, de modo a favorecer a democratização do conhecimento e das atividades de pesquisa em saúde em todas as unidades federadas e a promover pesquisas em temas prioritários de saúde, capazes de dar respostas aos principais problemas de saúde da população brasileira que necessitam do conhecimento científico para sua resolução, respeitando as vocações regionais de pesquisa.

Para alcançar esses objetivos, a estratégia principal é a pactuação de responsabilidades entre os atores estaduais dos sistemas de saúde e de ciência e tecnologia. A característica de descentralização e de fortalecimento dos estados na produção do conhecimento em saúde representa o principal diferencial do PPSUS em relação a políticas públicas do Governo Federal.

Resultados

- Desde 2003, houve aproximadamente 1,9 mil pesquisas financiadas pelo PPSUS, das quais 637 ainda estão em andamento:
 - ✓ 148 pesquisas em 2003
 - ✓ 519, em 2004/2005
 - ✓ 569, no biênio 2006/2007
 - ✓ 668, no biênio 2008/2009
- Cerca de 232 instituições foram beneficiadas, em todas as regiões e estados do País.
- Desde 2003, foram investidos R\$ 152.396.000,00 em pesquisas de saúde no fomento descentralizado.
- Na maioria dos estados, o PPSUS é a principal forma de financiamento de pesquisa em saúde.
- Com o Programa, houve a inclusão da pesquisa em saúde de algumas FAPs e SESs.
- Além da pesquisa *per se*, o PPSUS contribui para a formação de recursos humanos e para o desenvolvimento de C&T em todas as unidades da Federação.

Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCTs)

O Programa envolve ações de capacitação, de organização e de fortalecimento dos grupos nacionais de ciência e tecnologia, públicos e privados, com o intuito de elevar a capacidade brasileira na área a níveis internacionais.

Objetivo

Fortalecer a capacidade instalada de pesquisa em saúde no País, envolvendo o domínio de técnicas e o conhecimento de fronteira, com expectativa de absorção pela indústria e pelo serviço de saúde.

Data de início

Julho de 2008

Instrumento legal

- Programa Institutos Nacionais de C&T, em: http://www.cnpq.br/editais/ct/2008/docs/015_anexo.pdf.

Modelo de gestão

Gestão compartilhada entre o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) e fundações estaduais de Amparo a Pesquisa (FAPs).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A partir da necessidade de uma ação coordenada para a estruturação da pesquisa em saúde em áreas consideradas estratégias e potencializar expertises, recursos financeiros e estruturais, é que se criaram os INCTs.

Participam dos INCTs grupos de pesquisa distribuídos em todo o território nacional, instituições de maior excelência e competência científica e tecnológica, universidades federais e estaduais, instituições ligadas ao Governo Federal e aos estaduais, assim como aquelas de caráter privado.

Esses institutos possuem um sistema de financiamento flexível que permite parcerias entre o setor público e o privado, entretanto, os recursos públicos ainda são preponderantes.

Resultados

Dos 116 institutos nacionais de Ciência e Tecnologia implantados no País, nove receberam financiamento do Ministério da Saúde, além do CNPQ e das FAPs. Os INCTs já estão implantados e em funcionamento em três regiões geográficas do País: Sul, Sudeste e Nordeste.

Centro de Referência em Farmacologia Pré-Clínica

Implantação de um Centro de Referência em Farmacologia Pré-Clínica

Objetivos

- Criar um Centro de referência dentro das boas práticas de laboratório em Farmacologia pré-clínica, dedicado a realizar estudos de Farmacodinâmica e Toxicologia (roedores e não roedores), visando apoiar a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação das indústrias brasileiras na área de fármacos para atender à demanda das indústrias farmacêuticas nacionais.
- Treinar profissionais em centros especializados no exterior, com formação em pós-doutorado nas áreas de Toxicologia e de Farmacocinética para trabalhar nesses nos Institutos.
- Dar continuidade aos esforços dedicados à formação de recursos humanos capacitados para atuar na área de desenvolvimento de medicamentos, notadamente em Toxicologia, em Farmacocinética e em Propriedade Intelectual.
- Cooperar com os ministérios da Saúde, do Desenvolvimento, Indústria e Comercio Exterior, com as agências federais e estaduais de fomento à pesquisa, para a consolidação do setor de P&D na área de fármacos no Brasil, visando tornar o País menos dependente de tecnologias internacionais, contribuir para aumentar o número de depósitos de patentes internacionais por parte das indústrias farmacêuticas nacionais e também para a geração de produtos inovadores.
- Contribuir para o desenvolvimento de medicamentos de interesse do SUS.

Data de início

11/2/2009

Modelo de gestão

Gestão Compartilhada entre MCT, por meio do Fundo Setorial de Saúde (CT-Saúde), e Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Nos Países desenvolvidos, os serviços de farmacologia são prestados por empresas, centros universitários e laboratórios especializados, empresas químicas e de biotecnologia que utilizam parte de sua estrutura para prestação de serviços.

No caso brasileiro, dado que o setor farmoquímico em geral não investe em competências de P&D, parte dessas capacidades ainda se encontra nas universidades e institutos de pesquisa, sendo a maior dificuldade os processos de aumento de escala da bancada para o ambiente industrial da Saúde, refletindo nas seguintes questões: pouco atendimento sobre a cadeia de desenvolvimento de um medicamento, instalações obsoletas e não certificadas, faltando padronizações para os ensaios

executados (boas práticas laboratoriais), falta de empresas ou universidades, trazendo novas tecnologias de desenvolvimento como o *drug delivery* e técnicas de produção, falta de internacionalização das empresas nacionais, cooperando com outras empresas prestadoras de serviço para solução de problemas do desenvolvimento e falta de RH qualificado e com massa crítica em ensaios pré-clínicos e nos métodos de produção industrial.

Resultados

O Centro encontra-se em processo de construção da estrutura arquitetônica. Até o ano de 2011 deverá estar preparado para realizar os seguintes estudos: toxicidade de dose única e de dose repetida (subaguda ou crônica) em roedores e não roedores (cães), toxicidade reprodutiva, potencial mutagênico, potencial carcinogênico, toxicocinética, estudos farmacodinâmicos realizados para avaliar o potencial para reações adversas (*safety pharmacology*), estudos de farmacodinâmica para avaliar mecanismos de ação de compostos, estudos de tolerância local (fototoxicidade), estudos de irritação e sensibilização e testes comportamentais.

Programa de Estágios Pós-doutorais em Saúde Humana (Pós-doc SUS)

O Programa de Estágios Pós-doutorais em Saúde Humana (Pós-doc SUS) é o resultado da parceria entre o Ministério da Saúde (MS/SCTIE) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (MEC/Capes), firmada por meio do Termo de Cooperação assinado em 14/4/2009.

O Pós-Doc SUS foi criado para suprir a necessidade de pessoal altamente qualificado e as lacunas de conhecimento em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde. A iniciativa destina-se a capacitar jovens doutores, em um prazo de cinco anos, para atuar em projetos de pesquisa científica, tecnológica e de inovação em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde, fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa nesse campo e da saúde no Brasil.

Os editais são lançados anualmente, desde 2009 até 2013, totalizando R\$ 75 milhões. Desse total, R\$ 45 milhões são provenientes da SCTIE e R\$ 35 milhões, da Capes. A cada ano serão concedidas 30 bolsas de pós-doutorado (R\$ 3,3 mil por mês por um período de até 60 meses) e 30 auxílios financeiros para o desenvolvimento do estudo (R\$ 100 mil no primeiro ano e R\$ 50 mil em cada um dos quatro anos subsequentes).

Objetivos

- Fomentar as atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação, mediante a seleção de projetos apresentados por pesquisadores, que visem a:
 - ✓ Investigar temas prioritários para o Sistema Único de Saúde.
 - ✓ Apoiar o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE).
 - ✓ Contribuir para o desenvolvimento da pós-graduação e de grupos de pesquisa em saúde no País.
 - ✓ Renovar os quadros nas universidades e instituições de pesquisa envolvidas em temas estratégicos para o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
 - ✓ Apoiar a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) e a Lei nº 11.487.

Data de início

14/4/2009

Instrumentos legais

- Termo de Cooperação e Assistência Técnica firmado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, publicado no Diário Oficial da União, de 30 de maio de 2008.
- Termo de Cooperação assinado em 14 de abril de 2009: institui o Programa de Estágios Pós-doutorais em Saúde Humana (Pós-doc SUS).
- Edital nº 12, de 24 de julho de 2009.
- Edital nº 54, de 19 de agosto de 2010.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Pós-Doc SUS, criado em 2009, tem por objetivo capacitar grupos de pesquisa e investigar temas prioritários em saúde, a partir das evidências de que há escassez de pessoal altamente qualificado e lacunas de conhecimento em áreas de relevância estratégica para o Sistema Único de Saúde.

A expectativa ainda é explorar o potencial multiplicador do conhecimento gerado, visando fortalecer os quadros profissionais que atuam em saúde.

Focado na qualificação profissional de alto nível, na pesquisa científica, tecnológica e de inovação do conhecimento, o Programa busca renovar os quadros nas universidades e instituições de pesquisa em temas estratégicos para o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, apoiar a Política de Desenvolvimento Produtivo e a Lei 11.487, de 15 de junho de 2007, visando à autonomia nacional na aquisição e na produção do conhecimento em saúde.

Resultados

Implementadas 30 bolsas de pesquisa em um total de R\$ 3 milhões, em 2009. Para 2010, estão previstos recursos da ordem de R\$ 4,5 milhões.

Projeto Epigen-Brasil: Epidemiologia Genômica de Doenças Complexas em Coortes Brasileiras de Base Populacional

Constitui-se da associação de estudos de coorte de bases populacionais e de varreduras genômicas, com o intuito de melhorar o entendimento da base genética de muitas doenças complexas, tais como: diabetes tipo 1 e 2, câncer de próstata, doença de Crohn, câncer de mama, níveis de lipídios séricos, doenças coronarianas, e outras. Programa pioneiro que visa à criação de expertise brasileira em estudos de epidemiologia genética voltados para a saúde pública.

Objetivo

Investigar os efeitos conjuntos da arquitetura genética e do ambiente na ocorrência de doenças complexas em crianças, adultos jovens e idosos, com ênfase nas desigualdades sociais. A hipótese central do estudo é que condições socioeconômicas adversas possam servir de gatilho para a ativação de determinados genes/mutações, resultando em aumento do risco associado à ocorrência de doenças ou em outros eventos adversos em saúde.

Data de início

2008

Modelo de gestão

Gestão compartilhada entre os ministérios da Saúde e de Ciência e Tecnologia.

Instituições envolvidas

Centro de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/Fiocruz), Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais (ICB/UFMG) e Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (InCor/USP).

Instituição coordenadora

Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/Fiocruz).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O ineditismo dos estudos colocará os grupos de epidemiologia brasileira na vanguarda dos estudos de epidemiologia genética voltados para a saúde pública, sobretudo no que diz respeito à análise e à interpretação de dados complexos devido ao grande número de polimorfismos sendo examinados e às questões de significância estatística daí decorrentes.

Resultados

Número de indivíduos participantes da pesquisa: 6,5 mil populações estudadas: Pelotas, Rio Grande do Sul (coorte de nascidos em 1982), Bambuí, Minas Gerais (coorte de idosos e inquérito de saúde de adultos) e Salvador, Bahia (coorte de crianças para estudo de asma e de outras alergias).

Valor do Programa: R\$ 6,6 milhões, sendo R\$ 3,6 milhões pelo Ministério da Saúde e R\$ 3 milhões por outras fontes.

O Programa ainda encontra-se em curso, entretanto espera-se dele os seguintes resultados:

- Arquitetura genética de participantes de três coortes de base populacional brasileiras
- Associações existentes entre arquitetura genética e os desfechos de: morbimortalidade, desempenho cognitivo e estado nutricional.
- Identificação do nível de interferência existente entre os fatores ambientais e biológicos.
- Utilização do mapeamento genômico para caracterizar a ancestralidade de membros das coortes e integrar essa informação na investigação de morbimortalidade.

Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (Pnaum)

É um inquérito de base populacional, nacional, para estabelecer indicadores sobre acesso e utilização de medicamentos no País.

Objetivo

Fornecer dados mais precisos para estabelecer políticas de assistência farmacêutica e de acesso da população aos medicamentos, corrigir rotas de políticas existentes e produzir evidências que permitam alinhar as políticas públicas farmacêuticas aos princípios e às diretrizes do SUS.

Data de início

7/12/2009

Instrumento legal

Não se aplica.

Modelo de gestão

O modelo de gestão caracteriza-se como uma estratégia de parceria. O inquérito foi realizado por dez instituições de pesquisa, representando as melhores escolas de medicina e de farmácia das diversas regiões do Brasil, além de importantes quadros dos grupos de pesquisa epidemiológica e de medicamentos do País, em sistema de consórcio interinstitucional.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A pesquisa foi criada com o propósito de obter indicadores mais precisos, que permitam formular políticas públicas farmacêuticas segundo a concepção do Sistema Único de Saúde, de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais e de reduzir os gastos da população brasileira com medicamentos.

Diferencia-se de outras políticas porque busca superar a fragmentação do conhecimento em pesquisa de medicamentos, ainda operante no País. É realizada por meio de integração, de articulação e de formação de redes entre instituições e grupos de pesquisa, em diferentes regiões brasileiras. O conhecimento a ser obtido por meio do inquérito teve a representatividade nacional e os resultados do estudo foram extrapolados para o conjunto do País.

Resultados

O projeto favoreceu a construção de metodologias pautadas pela superação da fragmentação do conhecimento em pesquisa de medicamentos, ainda operante no País. Propiciou a proposta de aplicação dessas metodologias por meio de integração, da articulação e da formação de redes de instituições e de grupos de pesquisa, em várias regiões do País. Possibilitou o desenho de métodos com representatividade nacional, a fim de que os resultados possam ser extrapolados para o conjunto do País. Os resultados esperados consistem em obter dados e indicadores mais precisos, a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas farmacêuticas que permitam ampliar o acesso da população brasileira aos medicamentos.

Rede Câncer

A Rede Brasileira de Pesquisas sobre o Câncer é um programa formado por 22 grupos de pesquisa provenientes de diferentes instituições de ensino e de pesquisa que visam adquirir conhecimento técnico-científico que permita fornecer subsídios para a tomada de decisões para as políticas de saúde. A Rede Câncer foi estruturada de maneira a permitir o desenvolvimento de pesquisa básica, translacional e clínica sobre o câncer, com o objetivo final de promover a melhoria da qualidade de vida da população.

Objetivo

Enfatizar pesquisas na área do câncer que possam ser apropriadas pelo SUS e revertidas em benefícios para a população.

Data de início

Dezembro de 2008

Instrumento legal

Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 35, de 2008. A ação inicial para a articulação da Rede foi o lançamento de um edital conjunto do Ministério da Saúde por meio do Decit e do Ministério da Ciência e Tecnologia, via CNPq.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação da Rede Brasileira de Pesquisas sobre o Câncer foi um esforço conjunto do Governo Federal, envolvendo os ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 35, de 2008), para unificar as pesquisas sobre o câncer no País, com ações coordenadas nas linhas de pesquisa básica e clínica, permitindo avanços no conhecimento e no fornecimento de subsídios para a tomada de decisões para as políticas de saúde.

O Edital contemplou três linhas de pesquisa envolvendo:

- Estudos de alterações moleculares do câncer de mama, incluindo estudos de genoma, de proteoma e de bioinformática.
- Testes preliminares de vacina terapêutica para o câncer de ovário.
- Estudos de epidemiologia clínica do câncer de mama, do estômago e de próstata.

Em 2009, a Rede Câncer foi ampliada por meio do lançamento do Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 052, de 2009, que contempla a pesquisa em Anticorpos Monoclonais para Fins Terapêuticos em Câncer.

A constituição de redes de pesquisa é crucial para a promoção da integração de pesquisas na área de saúde que beneficiem o SUS, contribuindo para promover a descentralização e a integração da rede de saúde, princípios básicos do SUS, e algumas das diretrizes do Pacto pela Saúde, de 2006.

Resultados

Os resultados obtidos nas pesquisas desenvolvidas pela Rede Câncer desde a sua criação, em 2008, até a presente data foram o estabelecimento de um parque tecnológico em genômica/proteômica, enfatizando o sequenciamento de uma linhagem de células tumorais em câncer de mama, assim como o desenvolvimento de programas em bioinformática, que dão suporte técnico à pesquisa como um todo.

Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC)

A RNTC configura uma iniciativa inédita no mundo que abrange duas vertentes do conhecimento na área da medicina regenerativa: a primeira, associada à pesquisa científica e a segunda, relacionada ao desenvolvimento tecnológico. Nessa perspectiva, a RNTC é constituída por 52 grupos de pesquisa cujos projetos foram contemplados pelo Edital CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit/MCT/CNPq nº 17, de 2008, e por oito Centros de Tecnologia Celular selecionados pela Chamada Pública MCT/Finep/MS/SCTIE/Decit/ – Ação Transversal – FNS – Centros de Tecnologia Celular – junho de 2008.

O montante de recursos investidos na RNTC alcança, do ano de sua criação (2008) até o presente momento, o valor total de R\$ 55 milhões. Entretanto, as iniciativas no campo da pesquisa em terapia celular e células-tronco envolveram, desde 2005, recursos globais na ordem de R\$ 83 milhões, correspondentes aos recursos do próprio MS e de parceiros (CNPq, Finep, BNDES).

Objetivos

- Promover a integração dos pesquisadores de todo o Brasil, possibilitando um trabalho colaborativo às instituições.
- Facilitar a troca de informações em relação às pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no País, acelerando a difusão do conhecimento científico na área da medicina regenerativa.
- Incentivar o desenvolvimento tecnológico com vistas a tornar o País autônomo na produção de linhagens celulares a serem utilizadas no desenvolvimento dessas pesquisas.

Data de início

2008

Modelo de gestão

Modelo de Gestão Compartilhada, formado pelos ministérios da Saúde (Decit) e de Ciência e Tecnologia (CNPq e Finep) e BNDES. A RNTC dispõe de um Centro Coordenador, sediado no Instituto Nacional de Cardiologia do Ministério da Saúde (Rio de Janeiro/RJ), responsável pelo funcionamento e pela organização da Rede, juntamente com o Comitê Gestor.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A RNTC surgiu como consequência natural do esforço nacional de pesquisa em células-tronco no Brasil e dos avanços contínuos alcançados na área, cujas iniciativas, que tiveram início em 2005, vinham revelando um potencial terapêutico altamente promissor para essas células. Essas iniciativas vieram a se consolidar com a criação da Rede em 2008, preparando o País para enfrentar os desafios futuros da terapia celular.

Resultados

- Desenvolvimento de pesquisas básicas, pré-clínicas e clínicas relacionadas à geração de procedimentos terapêuticos inovadores em terapia celular utilizando células-tronco, de modo a induzir a geração de novos conhecimentos, produtos e processos biotecnológicos cujo potencial de aplicação se caracterize em avanços na área da saúde humana.
- Implantação de infraestrutura de ponta no Brasil para o cultivo de diversos tipos de células-tronco humanas, em condições Good Manufacturing Practices (GMP), eliminando, assim, a dependência de tecnologias desenvolvidas no exterior.
- Qualificação de recursos humanos na área de terapia celular e células-tronco.
- Criação de um canal direto e de fácil acesso, representado pelo site da RNTC (www.rntc.org.br), que disponibiliza as informações geradas pelas pesquisas desenvolvidas no País, dirimindo as dúvidas da população em geral e desmistificando as polêmicas que envolvem a medicina regenerativa e, ao mesmo tempo, possibilitando a comunicação entre os pesquisadores da área.

Rede Dengue

Rede de pesquisadores e de instituições para sanar questões relacionadas à dengue e ao controle da doença.

Objetivo

Produzir conhecimento para embasar as ações dos serviços e dos gestores envolvidos na saúde pública no controle e na vigilância da dengue.

Data de início

1º/10/2009

Instrumento legal

Edital MCT/CNPq nº 073, de 2009 – Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (Pronex) – Rede Dengue

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A dengue é uma das mais graves e abrangentes doenças epidêmicas que afligem as populações dos Países em desenvolvimento. Em virtude da complexidade epidemiológica envolvendo vetores resistentes e com alta capacidade de proliferação, agente causador virótico com grande poder adaptativo e múltiplas reações possíveis ao processo patológico, necessita-se de um trabalho mais amplo da comunidade científica para responder às inúmeras questões, condição essencial para o efetivo combate à doença.

A iniciativa de formação de uma Rede de Pesquisa, definida como um trabalho conjunto de pesquisadores e de núcleos de investigação em várias instituições brasileiras, representa a ágil ação de resposta do Governo na busca definitiva de soluções aos grandes problemas de saúde, a exemplo de surtos epidêmicos como a dengue.

A Rede Dengue trabalha para aprimorar o conhecimento sobre o tema e para fortalecer a capacidade instalada nas instituições de pesquisa. A implantação dessa rede estimula o intercâmbio entre instituições que concentram competências na área, o uso racional de recursos e o compartilhamento de infraestrutura para pesquisa.

Resultados

- Lançamento do Edital – Rede Dengue em 2009, financiamento de R\$ 8,3 milhões, seleção de 15 projetos a serem financiados por recursos do Ministério da Saúde, CNPq e fundações de Amparo à Pesquisa estaduais.
- Pesquisas envolvendo:
 - ✓ Busca de inovadoras e eficientes formas de controle epidemiológico, prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue.
 - ✓ O controle e o combate ao *Aedes aegypti*, mosquito vetor da doença: desenvolvimento de formas de monitorar a proliferação do mosquito, concomitantemente a métodos de controle e de eliminação do vetor.
 - ✓ Desenvolvimento de novos medicamentos que possibilitarão acelerar o estado de saúde daqueles que forem infectados pelo vírus.

Rede Malária

Rede de pesquisadores e de instituições para sanar questões relacionadas à malária e ao controle da doença.

Objetivo

Produzir conhecimento para embasar as ações dos serviços e dos gestores envolvidos na saúde pública no controle e na vigilância da dengue.

Data de início

14/4/2009

Instrumento legal

Edital MCT/CNPq/MS/SCTIE/Dedit/Fapeam/Fapema/Fapemat/Fapemig/Fapespa/Faperj /Fapesp nº 09, de 2009 – Pronex – Rede Malária

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A malária, apesar de ter um caráter endêmico no Brasil, ainda apresenta um elevado número de casos verificados anualmente, ocasionando perda de qualidade de vida e elevado número de mortes, principalmente nas populações do Norte do País. Não existe vacina para a malária e o tratamento, embora na maioria das vezes seja eficiente, está perdendo sua capacidade efetiva ante a resistência do parasita causador da doença.

A iniciativa de formação de uma Rede de Pesquisa, definida como um trabalho conjunto de pesquisadores e de núcleos de investigação em várias instituições brasileiras representa a ágil ação de resposta ao Governo na busca definitiva de soluções aos grandes problemas de saúde, a exemplo: o combate à malária.

Em sua origem constitutiva, a Rede Malária busca agregar competências de diferentes regiões do País, para fomento de pesquisas sobre essa doença e consolidação do seu enfrentamento, por ser uma das doenças de maior ocorrência na região da Amazônia Legal. O lançamento dessa rede de pesquisa vem reforçar a preocupação do Ministério da Saúde com o fortalecimento da pesquisa brasileira na área de doenças negligenciadas.

Resultados

Os resultados da Rede Malária, até o momento são:

- Lançamento do Edital – Rede Malária em 2009, financiamento de R\$ 12,6 milhões, seleção de 16 projetos a serem financiados por recursos do Ministério da Saúde, CNPq e fundações de Amparo à Pesquisa estaduais;
- Pesquisas envolvendo:
 - ✓ Formas de controle epidemiológico, prevenção, diagnóstico e tratamento da malária
 - ✓ Busca de vacinas e de novos medicamentos com uso de tecnologia.
 - ✓ Melhor compreensão da dinâmica da doença por meio de novos dados epidemiológicos associados ao melhor entendimento dos processos fisiopatológicos ocasionados pela interação parasita-hospedeiro.

Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (Elsa Brasil)

O Projeto Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA) é um estudo multicêntrico para acompanhar o estado de saúde de adultos, investigando o desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares e o diabetes. É caracterizado como uma coorte envolvendo 15 mil servidores ativos ou aposentados de instituições de ensino superior e de pesquisa, de ambos os sexos, situados na faixa etária de 35 a 74 anos. O projeto foi vencedor da Chamada Pública Decit/MS/Finep/CNPq 02/2005, e está sendo implementado por seis instituições de ensino superior e de pesquisa das regiões Nordeste (UFBA), Sudeste (Fiocruz, USP, UFMG e UFES) e Sul (UFRGS).

Objetivo

- Estimar a incidência do diabetes e das doenças cardiovasculares e estudar sua história natural.
- Investigar associações entre fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e às complicações decorrentes, buscando compor modelo causal que contemple suas inter-relações.
- Descrever a evolução temporal desses fatores e os determinantes dessa evolução e identificar modificadores de efeito das associações observadas.

Data de início

21/11/2005 – Divulgação do resultado da chamada pública

Instrumento legal

- CHAMADA PÚBLICA MCT/MS/Decit/Finep – Multicêntrico em Cardio e Diabetes – 02, de 2005.

Modelo de gestão

Em função da sua diversidade regional, foi desenvolvido um modelo de gestão que, ao mesmo tempo, contempla o estabelecimento das diretrizes gerais que norteiam o projeto e atende às especificidades regionais e institucionais. A gestão do estudo é feita de forma colegiada, com a participação de um representante de cada um dos seis centros de investigação, tanto nos foros decisórios quanto nos consultivos, de elaboração científica.

O funcionamento dessa estrutura tem sido garantido por uma dinâmica que envolve reuniões periódicas presenciais e por audioconferências, além da criação da Plataforma Elsa, instrumento de gestão que permite compartilhar documentos, realizar discussões sobre temas de interesse e monitorar o cronograma de atividades e compromissos assumidos.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

É um estudo pioneiro no Brasil por ser realizado em várias cidades e por acompanhar as pessoas estudadas por um longo período de tempo. Graças a pesquisas semelhantes desenvolvidas em outros países, hoje se sabe, por exemplo, da importância de cuidados com pressão arterial e com dieta na prevenção dessas doenças. Entretanto, ainda há aspectos importantes sobre sua ocorrência, que necessitam de informações para orientar os programas de controle em nosso País. As contribuições do Projeto para o desenvolvimento de políticas públicas para o controle integrado de doenças do adulto, particularmente do diabetes, da doença cardiovascular e da obesidade podem ser assim exemplificadas.

O Projeto mostrará as relações entre fatores de risco e doenças na realidade das populações urbanas brasileiras, identificando processos cotidianos ligados aos modos de vida e às condições de trabalho, os determinantes primordiais dos fatores de risco para essas doenças, bem como os determinantes da incidência e da sobrevivência. Em país de dimensões continentais e marcada heterogeneidade etnoracial e socioeconômica, as diferenças na manifestação dessas doenças de acordo com esses e outros fatores podem nortear as prioridades no planejamento de políticas públicas. Por exemplo, o Elsa permitirá validar, na população brasileira, equações de risco, doenças cardiovasculares derivadas de outras coortes e incluir, a partir da coorte brasileira, novos fatores de risco.

Resultados

O ano de 2009 marcou o estudo, pois as atividades de campo, iniciadas em outubro de 2008, tomaram forma mais efetiva, chegando a alcançar, no final do ano, 50% da meta estipulada, ou seja, cerca de 7,5 mil participantes foram incluídos na linha de base.

Até 15/8/2010, o estudo já atendeu 13.891 participantes, o equivalente a 94,5% da meta estabelecida.

O Elsa dá um passo à frente na investigação epidemiológica do diabetes e das doenças cardiovasculares no Brasil e, em vários aspectos, no cenário internacional. O retrato preciso das medidas distais e proximais da rede de causalidade e de sua heterogeneidade em grupos socialmente distintos mostrará um panorama dessas doenças no Brasil, servindo de subsídio para programas preventivos o real impacto na população brasileira.

Hospitais de excelência

Programa destinado à avaliação e ao acompanhamento dos projetos de pesquisa clínica apresentados pelos hospitais de excelência. Estes hospitais são centros filantrópicos que destinam parte do valor de isenções fiscais em ações de interesse do SUS.

Objetivo

- Avaliar desde o ponto de vista do mérito científico, e de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), os projetos de pesquisa clínica apresentados pelos hospitais de excelência.
- Acompanhar os relatórios dos projetos de pesquisa, emitindo os respectivos pareceres.

Data de início

28/12/2007

Instrumentos legais

- Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998
- Decreto nº 5.895, de 18 de setembro de 2006
- Portaria nº 3.276, de 28 de dezembro de 2007
- Portaria nº 2.734, de 17 de novembro de 2008
- Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009

Modelo de gestão

A gestão corre por conta dos próprios hospitais de excelência, sob supervisão da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A ação integra diversos programas acompanhados por várias secretarias e direções do Ministério da Saúde, todos com foco no aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS. A ação acompanhada pela Coordenação de Pesquisa Clínica foi criada para gerenciar as propostas apresentadas pelos hospitais em referência e oferecer um adequado acompanhamento e avaliação técnica dos projetos de pesquisa clínica apresentados por esses centros, assim como centralizar aqueles orientados à pesquisa clínica no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit).

Devido ao aumento progressivo do número de hospitais denominados “de excelência” precisa-se de uma única central que coordene, avalie e ofereça o apoio necessário ao adequado desenvolvimento dessas pesquisas, o que incidirá na melhora do SUS. Os projetos desenvolvidos pelos hospitais de excelência são dirigidos a pesquisas clínicas e os sujeitos de estudo são pacientes usuários do SUS, que se beneficiam das tecnologias e dos insumos utilizados nessas pesquisas, que podem ser exames auxiliares, técnicas cirúrgicas ou intervenções terapêuticas cujo uso não é de rotina no SUS.

Resultados

No momento, a coordenação de pesquisa clínica acompanha 12 projetos de pesquisa, alguns dos que representam grandes estudos multicêntricos ou usam tecnologia de ponta para a solução de diversos problemas de saúde. Alguns desses projetos tratam de cursos de treinamento dirigidos aos membros da Rede Nacional de Pesquisa Clínica.

Existem também cinco projetos em processo de avaliação, cujo parecer final será redigido assim que forem recebidos os esclarecimentos ou as avaliações *ad hoc* solicitados.

Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC)

A Rede Nacional de Pesquisa Clínica em hospitais de ensino foi criada em 2005, por meio de uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Finep. Composta inicialmente de 19 centros de Pesquisa Clínica distribuídos em diferentes regiões do País, teve sua ampliação em 2009 para 32 centros.

Objetivo

A importância dessa rede se situa na possibilidade de reunir esforços em ações prioritárias para a população brasileira e de institucionalizar a pesquisa. O fato de interligar centros de pesquisa clínica do País possibilita o aumento do intercâmbio entre pesquisadores de diferentes regiões com interesses em comum. O desenvolvimento da tecnologia nacional, com capacidade para competir com a tecnologia estrangeira é também uma das metas da RNPC.

A estratégia governamental reúne os parceiros necessários na construção de um novo modelo de pesquisa clínica, voltado às reais necessidades dos SUS, visando à consolidação dessa Rede para, prioritariamente, padronizar e executar todas as fases de ensaios clínicos de fármacos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos.

No Brasil, o objetivo principal de consolidar a pesquisa clínica na esfera dos hospitais de ensino é priorizar o comprometimento das unidades com as necessidades de saúde e com as prioridades da Política Nacional de Saúde.

Data de início

13/4/2005

Instrumentos legais

- Acordo de Cooperação celebrado entre o MS e MCT (Finep e CNPq), assinado em 9/7/2004.
- Chamada Pública MCT/MS/Finep ação transversal – Implantação de Unidades de Pesquisa Clínica – 4/2005.
- Chamada Pública MCT/Finpe/MS/SCTIE/Decit – CT-Saúde e FNS – Pesquisa Clínica - 2/2007.
- Chamada Pública MCT/FINEP/MS/SCTIE/DECIT – FNS e CT- Saúde – Pesquisa Clínica - 2/2008.

Modelo de gestão

Gestão em rede entre os coordenadores dos Centros de Pesquisa Clínica em hospitais de ensino pertencentes à Rede Nacional de Pesquisa Clínica, o Decit/MS e a Finep.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Criada com o objetivo de desenvolver e de fortalecer a pesquisa clínica no contexto do Sistema Único de Saúde. As oficinas de prioridades realizadas no âmbito da RNPC discutiram as linhas de pesquisa que seriam consideradas prioritárias para a Rede. Estas foram: apneia do sono, cardiovascular (hipertensão arterial), cirurgia bariátrica, doenças negligenciadas (hanseníase e leishmaniose) e osteoporose. Conforme estabelecido no Programa Mais Saúde e considerando a extensão geográfica do território brasileiro, foi necessário ampliar o número de centros de pesquisa na RNPC de 19, em 2005, para 32, em 2009.

A ampliação da RNPC contribui para ajustar o papel da pesquisa clínica à sua rota estratégica de desenvolvimento científico acompanhando avanços tecnológicos obtidos especialmente no âmbito do complexo produtivo da saúde. Essa ação é fundamental para ampliar a capacidade nacional de produção e de apropriação de conhecimentos e de tecnologias ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País. Junto à RNPC foram discutidas e decididas algumas linhas de pesquisa prioritárias.

Resultados

Estruturação física e capacitação dos primeiros 19 centros integrantes da Rede Nacional de Pesquisa Clínica: em 2005, foram comprometidos R\$ 35 milhões. Em 2007 e 2008, foram lançadas duas chamadas públicas em parceria com a Finep para fomento à pesquisa clínica a partir de temas relevantes ao SUS sugeridos nas oficinas de prioridades, nas quais foram alocados R\$ 30 milhões. Em 2009, foi ampliado o número de centros da RNPC totalizando 32 centros.

Durante esses anos, foram realizadas parcerias entre o Ministério da Saúde e as instituições privadas para a capacitação da RNPC em temas avançados em pesquisa clínica.

Juntamente com a estruturação física, a maioria dos centros iniciou o processo de treinamento, com a realização de cursos de capacitação e de boas práticas em pesquisa clínica, ética em pesquisas envolvendo seres humanos e gerenciamento de projetos englobando diversas equipes de pesquisadores da instituição.

Está prevista para 2010 uma terceira chamada pública, agora visando à integração universidade/indústria, em que serão alocados mais R\$ 10 milhões. Os projetos contribuem significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico do País, com a realização de pesquisa clínica em fases II ou III com produtos estratégicos para o SUS e desenvolvida em centros de pesquisa clínica em parceria com a indústria nacional.

Melhorar os padrões de avaliação e de incorporação de tecnologia no SUS

Consolidação do Sistema de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), visando subsidiar a Comissão para a Incorporação de Tecnologias (Citec).

Objetivo

Elaborar estudos visando subsidiar a incorporação de novas tecnologias.

Data de início

9/6/2005; Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 36, de 2005.

Instrumentos legais

- Portaria nº 3.323, de 27 de dezembro de 2006: institui a CITEC.
- Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008: atualiza a portaria citada acima.
- Diretrizes metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnicos Científicos, publicada em 2007 – 2ª edição publicada em 2009.
- Chamada Pública MCT/Finep/MS/SCTIE/Decit – CT-Saúde e FNS – Pesquisa Clínica – 02/2007.
- Chamada Pública MCT/Finep/MS/SCTIE/Decit – FNS e CT-Saúde – Pesquisa CLÍNICA – 02/2008.
- Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 36, de 2005.
- Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 033, de 2007.
- Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-Decit nº 37, de 2008.
- Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 067, de 2009.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Promover estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) para subsidiar a tomada de decisão no SUS, no que concerne à incorporação, à alocação e à utilização de tecnologias em saúde – medicamentos, equipamentos diagnósticos, insumos e produtos para saúde –, com base nos critérios de segurança, de eficácia, de efetividade, de impacto econômico e social, de requisitos éticos e de equidade. Informar quanto à efetividade e aos custos de tecnologias demandadas por processos judiciais.

Resultados

- Pareceres técnico-científicos (61 PTC elaborados até julho/2010) nas áreas de oncologia, cardiologia, reumatologia, neurologia, doenças infecciosas etc.
- Estudos provenientes de editais – revisões sistemáticas, avaliações econômicas, estudos de impacto orçamentário e gestão de tecnologias.
- 16 Oficinas de Parecer Técnico-Científico (PTC) para técnicos de secretarias estaduais, municipais, Ministério da Saúde, universidades e núcleos de Avaliação de Tecnologias.

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)

Maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, para subsidiar a Comissão para Incorporação de Tecnologias (Citec).

Objetivos

- Orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde.
- Nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população.

- Promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde.
- Sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e nos serviços de saúde e fortalecer o uso de critérios e de processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, de necessidade, de segurança, de eficiência e de equidade.

Data de início

5/11/2009

Instrumento legal

Portaria GM nº 2.690, de 5 de novembro de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Para definir as diretrizes e as regras para aprovação de novas tecnologias a serem incorporadas no SUS pela Citec.

Resultados

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria GM nº 2.690, de 5 de novembro de 2009, publicada em 6 de novembro de 2009.

Rede Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats)

A Rebrats reúne membros com um objetivo em comum: promover e difundir a área de ATS no Brasil. Funciona como uma ponte entre pesquisa e gestão, fornecendo subsídios para decisões de incorporação, monitoramento e abandono de tecnologias no contexto de suas utilizações no sistema de saúde. É também instrumento estratégico para viabilizar a padronização de metodologias, validar e atestar a qualidade de estudos e instituir educação permanente.

Objetivos

- Promover e difundir a ATS no Brasil e internacionalmente.
- Produzir e disseminar estudos relevantes em ATS.
- Proporcionar informação de qualidade para subsidiar o processo de incorporação e o abandono de tecnologias no SUS, integrando os diversos atores relevantes.

Data de início

2008

Instrumento legal

Portaria GM nº 2.690, de 5 de novembro de 2009: institui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.

Participação e controle social

O sistema de informação da Rebrats oferece acesso direto e gratuito à sociedade.

Modelo de gestão

A Rebrats é composta de órgãos gestores: Ministério da Saúde, suas agências Reguladoras, Anvisa e ANS, representantes de secretarias estaduais e municipais de Saúde e instituições de ensino e pesquisa.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A primeira iniciativa para a estruturação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) foi o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para realização de cursos de pós-graduação em gestão de tecnologias em saúde voltados para os profissionais do SUS (2006).

Em 2007, na Oficina de Prioridades de Pesquisa em Saúde e no II Seminário Internacional de Gestão de Tecnologias, foi recomendada a organização da Rebrats. As discussões advindas do programa de pós-graduação remeteram à necessidade de instituir a Rebrats, visando congregar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS, padronizar metodologias, validar e atestar a qualidade dos resultados a serem disseminados para a sociedade.

Em 2008, a rede foi criada com sete instituições-membro. Em 2010, são 44. Entre essas instituições encontram-se os núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats), localizados em hospitais de ensino, instituições de ensino e pesquisa com expertise na área de ATS e instituições gestoras – Anvisa, ANS, Conass, Conasems, Decit.

Seu diferencial está em estruturar uma rede que comporta órgãos gestores – Ministério da Saúde, suas agências reguladoras, representantes de secretarias estaduais e municipais de Saúde e instituições de ensino e pesquisa com expertise comprovada, com o objetivo de elaborar estudos de ATS prioritários para o sistema de saúde com a qualidade, a excelência e os prazos necessários ao processo de decisão.

Resultados

Possuiu 219 estudos cadastrados. Destes, 75 já estão concluídos e 144 ainda em encontram-se em fase de desenvolvimento. Os tipos de estudos cadastrados são: Parecer Técnico Científico, Revisão Sistemática, Avaliação Econômica, Gestão de Tecnologias e outros relacionados à ATS. Além disso, a Rebrats tem como produtos gerados:

- Instrumento de sugestão de estudos aberto para sociedade, disponibilizado no *site* da Rede www.saude.gov.br/rebrats.
- Desenvolvimento de métodos em ATS.
- Formação Profissional de mais de 400 profissionais – pós-graduações em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde e oficinas de elaboração de Parecer Técnico-Científico.
- Implantação de 24 núcleos de ATS.
- Guia metodológico para monitoramento de tecnologias novas e emergentes.
- Plataforma virtual com acesso público aos estudos produzidos.

Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - concurso

Objetivos

Proporcionar reconhecimento ao pesquisador em saúde pelo seu imprescindível papel no desenvolvimento social e econômico do País, além de estimular a produção científica e colaborar para a sustentação e o fortalecimento do esforço nacional de desenvolvimento científico e tecnológico.

Data de início

Março de 2002

Instrumento legal

Portaria GAB/MS nº 1.419, de 24 de julho de 2003

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Trata-se de um concurso regido por edital público, realizado anualmente, que premia trabalhos científicos no campo da ciência e da tecnologia em saúde nas seguintes categorias: monografia de especialização/residência, dissertação de mestrado, tese de doutorado, trabalho publicado em revista indexada e incorporação de conhecimentos científicos no SUS. Para cada categoria, é concedido um valor em dinheiro ao primeiro colocado e cinco menções honrosas.

O processo de seleção dos trabalhos é feito em duas etapas. Na primeira avaliação, pareceristas *ad hoc* analisam um resumo dos trabalhos concorrentes. Na segunda fase, os 20 trabalhos melhores pontuados em cada categoria são analisados na íntegra por uma comissão julgadora, cujos integrantes são nomeados a cada edição por portaria específica. Cabe a essa comissão selecionar para cada categoria um trabalho para o recebimento do prêmio em dinheiro e as cinco menções honrosas.

A criação do Prêmio visou atender a estratégia Sustentação e Fortalecimento do Esforço Nacional em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).

Resultados

Desde a sua instituição, em 2002, 198 trabalhos já foram premiados, sendo que 165 receberam menção honrosa e 33 receberam prêmios em dinheiro, consolidando o compromisso do Ministério da Saúde de incentivar a produção científica com potencial de utilização no Sistema Único de Saúde. Os trabalhos premiados em cada edição podem ser visualizados no *hotsite* do concurso (<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/premio/>).

D) FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de implementação do SUS e a trajetória de descentralização da gestão do trabalho na saúde levaram à necessidade do estabelecimento de políticas voltadas para a força de trabalho na rede pública. Da regulação à qualificação, foi essencial iniciar o processo de construção de um pacto entre os gestores da União, dos estados e dos municípios, diante da certeza de que o campo de recursos humanos tem impacto direto na qualidade e no acesso ao atendimento. Nesse sentido, a política de Governo, em janeiro de 2003, percebeu a relevância do trabalho nessa área e a questão passou a ser estratégica, focada na dimensão do trabalho e da educação e na formulação de políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil.

Foram adotadas ações, políticas e programas capazes de alinhar os profissionais às mudanças no sistema de saúde e garantir sua distribuição adequada no território nacional, por meio da regulação da migração desses trabalhadores. Na educação, o Governo buscou promover interação das instituições de ensino e de serviço de saúde, de modo que os profissionais em formação incorporassem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal, fundamentado na qualidade e na equidade.

A educação permanente e o seu elo com a gestão foram fortalecidos, com o objetivo de promover a qualificação dos profissionais da saúde do SUS e da gestão do trabalho, itens fundamentais para propiciar a promoção da despreciação dos vínculos de trabalho da saúde e a melhora na administração do trabalho. A implementação das ações para a formação dos atuais e dos futuros profissionais, bem como das medidas para beneficiar a adequada gestão social das políticas públicas da saúde, foi fundamentada na mobilização de gestores estaduais e municipais, de universidades, de trabalhadores e de estudantes do setor.

A Política de Educação Permanente (EPS) foi reformulada após processo avaliativo que culminou com a descentralização e com a regionalização das ações. O gestor assumiu papel relevante na monitoração e na avaliação dos processos desenvolvidos e dos seus resultados. Regionalmente, a condução da política deu-se por meio dos colegiados de gestão, com a participação das comissões permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas no artigo 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH-SUS.

A ampliação da resolubilidade na atenção primária propiciou o desenvolvimento das ações e das políticas. No âmbito do “Telessaúde Brasil”, a implementação do projeto-piloto, com a criação de núcleos em nove estados, possibilitou a integração ensino-serviço por meio da abordagem Segunda Opinião Formativa e da emissão de laudos médicos. O atendimento às necessidades prioritárias estabelecidas aporta o projeto de expansão do Telessaúde Brasil com a implantação do subsistema de atenção à saúde indígena.

O Programa Nacional de Emergência estabeleceu o diálogo entre o MS e o Ministério da Defesa. O desenvolvimento de políticas compensatórias para fixação dos profissionais (médicos e odontólogos) em áreas remotas e de maior vulnerabilidade integrou ações como o Telessaúde Brasil, o Programa de Residências Médicas e Multiprofissional e a Universidade Aberta do SUS.

O delineamento das diretrizes nacionais para carreira, para cargos e para salários no SUS, valorizam o trabalhador da saúde e oferecem as possibilidades de consolidação da carreira como instrumento estratégico para o fortalecimento e a consolidação do SUS. Assim, das ações da Comissão Intergestores Tripartite, da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e do Conselho Nacional de Saúde, foi instituída, por meio de portaria, a Comissão Especial para Elaboração de Proposta de Carreiras do SUS, com vistas a buscar soluções para a ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira.

Na qualificação e na adequação da formação profissional das Equipes de Saúde da Família (ESF), a Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) implementou o projeto-piloto de especialização para equipes de saúde da família em cooperação técnica, administrativa e financeira com instituições públicas de educação superior e com larga experiência em formação de profissionais de saúde.

A oferta de bolsas por meio do Programa de Educação para o Trabalho fomenta a formação de grupos de aprendizagem tutorial por meio dos projetos de pesquisa.

O Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio na Saúde articula e mobiliza vários segmentos como as escolas técnicas do SUS, para oferta de cursos nas áreas de biodiagnóstico, radiologia, vigilância em saúde, dentre outros.

No que tange à qualificação de profissionais da saúde em função gerencial, o Programa Nacional de Desenvolvimento no SUS fortalece as parcerias interinstitucionais já estabelecidas e cria novas para o desenvolvimento de material instrucional em temas como influenza A (H1N1).

Programa Nacional de Telessaúde Brasil

Integração das Equipes de Saúde da Família das diversas regiões do País com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, diminuindo o custo de saúde por meio da qualificação profissional, da redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e do aumento de atividades de prevenção de doenças.

O Telessaúde Brasil possibilita ações como:

- Ampliação da capacidade de ação das ESF.
- Redução de custos e riscos com o deslocamento de pacientes.
- Incentivo à fixação de profissionais da saúde nos municípios de difícil acesso
- Inserção no Programa de Inclusão Digital.

Objetivo

Melhorar a qualidade do atendimento da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a teleassistência e a teleducação.

Data de início

Janeiro de 2007

Instrumentos legais

- Portaria GM nº 35, de 2007
- Portaria GM nº 402, de 2010

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Em 2005, os ministérios da Educação e da Saúde iniciaram desenvolvimento do projeto de telemedicina aplicada à saúde para a formação de uma rede de instituições acadêmicas com conhecimento em telemedicina para capacitar as equipes da ESF por meio da telemática, considerando a possibilidade de supervisão a distância para profissionais residentes.

Resultados

Foram criados nove núcleos de telessaúde nos estados: Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, usando tecnologias de informação e de comunicação e criando um modelo assistencial-educacional. Foram desenvolvidas ações para os enfrentamentos de dengue, de mortalidade infantil e de influenza A e produzidos pelos núcleos materiais educativos: impresso (folders, pôsteres e folhetos), mídia digital (CDs e DVDs), eletrônica (*podcast*, vídeo e animações) e cursos, palestras e ciclos de debates em conjunto com a UnA-SUS.

Foram 10.450 opiniões formativas, respostas aos pedidos enviados pelas ESF, e 191.163 exames de apoio e/ou laudo emitidos em 2009. A segunda opinião formativa é uma abordagem mista entre assistência e educação, que permite a qualificação dos profissionais, de acordo com as situações/problema do dia a dia. O impacto do programa na ESF é positivo e valorizado pela troca de experiências e de conhecimento. A qualificação dos profissionais aporta mais segurança na tomada de decisão sobre como conduzir um problema de saúde. Ao todo, 70% dos encaminhamentos de pacientes a outros centros são evitados ou desnecessários, o que contribui para a fixação de profissionais da saúde em áreas remotas e/ou isoladas.

Entre 2008 e 2009, o Telessaúde capacitou 5,9 mil equipes da Estratégia Saúde da Família.

Existem 1.011 pontos de acesso para o Telessaúde Brasil (maio/2010).

Diretrizes Nacionais para Carreira, Cargos e Salários no SUS (PCCS-SUS)

Instituição de diretrizes nacionais para subsidiar gestores na elaboração e/ou na reformulação de planos de carreira, cargos e salários no SUS.

Objetivos

Apoiar e estimular a instituição de planos de carreira, de cargos e de salários nos estados, nos municípios e no Distrito Federal, estabelecendo uma política de gestão do trabalho articulada, compatibilizando as diferentes realidades sociais e institucionais.

Data de início

Abril de 2004

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 626, de 8 de abril de 2004: cria a comissão especial para a elaboração das diretrizes do PCCS-SUS.
- Portaria GM/MS nº 1.318, de 5 de junho de 2007: publica as diretrizes nacionais.
- Portaria nº 2.169, de 28 de julho de 2010: cria comissão para elaboração de carreiras do SUS.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A implantação de planos de carreira, de cargos e de salários no âmbito do SUS é uma reivindicação histórica dos trabalhadores da saúde. Em 2004, o MS retomou essa discussão com o propósito de desenvolver e de valorizar o trabalhador da saúde, estabelecendo as possibilidades concretas de consolidação da carreira como instrumento estratégico para o fortalecimento e para a consolidação do SUS.

Resultados

Aprovadas pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Congresso Nacional de Saúde as diretrizes nacionais do PCCS-SUS que propõem cargos genéricos, segmentados por nível de escolaridade que abarcam as funções estruturantes do SUS.

Criado o comitê de saúde do trabalhador do SUS, com o objetivo de formular as diretrizes da política nacional de promoção da saúde do trabalhador do SUS para melhorar as condições e ambientes de trabalho no SUS, propor estratégias de vigilância e monitoramento dos riscos de trabalho e também linhas de financiamento para ações e produção de conhecimento na área.

Instituída a Comissão Especial para Elaboração de Proposta de Carreiras do SUS, para buscar soluções para a ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira.

Programa de Educação para o Trabalho (PET-SAÚDE)

Ação intersetorial direcionada ao fortalecimento da atenção básica em saúde, tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Trata-se de uma das estratégias do programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde, o Pró-Saúde, relacionada mais especificamente ao eixo Cenários de Práticas, em implementação no País desde 2005.

Participam do Programa instituições de educação superior públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais de Saúde, selecionadas por meio de editais. Busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população, ou seja, induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades dos usuários do SUS.

Objetivo

Fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como para a iniciação ao trabalho e à vivência dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e de pesquisa nas instituições de ensino.

Data de início

26/8/2008

Instrumento legal

Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 2008

Gestão

O gerenciamento do Programa e a operacionalização dos pagamentos ocorrem por meio do Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (SIG-PET-Saúde), que viabiliza a inserção e a validação dos dados cadastrais dos participantes, as autorizações/homologações mensais de pagamento das bolsas e os registros da execução técnica de atividades desenvolvidas.

Resultados

Foram realizados 233 projetos PET-Saúde de pesquisas para a qualificação da atenção básica em saúde em temas prioritários, como: Diagnóstico Epidemiológico (62), PSF (41), Humanização (23), Saúde da Criança/Adolescente (17), Saúde do Idoso/Adulto (16), Sistema de Informação (16), Alimentação e Nutrição (12), Assistência Farmacêutica (10), Saúde da Mulher (9), Doenças Transmissíveis (7), DST (5), Saúde Bucal (5), Saúde Mental (5), Doenças Negligenciadas (5).

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO – PET SAÚDE

Ano	Bolsas de estudo disponibilizadas
2008	-
2009	51.750
2010*	103.000
Total	154.750

*previsão dez/2010.

Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)

É a integração do sistema educacional e do SUS por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde, rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada. Dessa forma, é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, com material para autoinstrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, de especialização e até mesmo mestrados profissionais. A UnA-SUS possibilita a contribuição de cada instituição de acordo com as suas potencialidades, sendo estruturada em quatro eixos correspondentes aos seus objetivos: produção de conhecimento, cooperação em tecnologias educacionais, apoio tutorial à aprendizagem e certificação educacional.

Objetivo

Criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, de serviços de saúde e de gestão do SUS, destinada a atender às necessidades de formação e de educação permanente do SUS.

Data de início

2008

Instrumento legal

- Convênios firmados entre as instituições de ensino e do SUS.
- Decreto nº 7.385 de 8/12/10.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A implantação da Universidade Aberta do SUS justifica-se pelas evidências de que a educação a distância tem uma produtividade mais acentuada que a educação tradicional. As novas tecnologias educacionais permitem formar mais pessoas, com mais qualidade, em menos tempo e com menor dispêndio *per capita* de recursos. O uso de técnicas de educação a distância minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador. Frente ao desafio de qualificar a força de trabalho em atenção primária à saúde, a UnA-SUS deve ser entendida como a estratégia que permite os ganhos de alcance, de escala e de custo-efetividade das ações estratégicas de educação em saúde.

Resultados

- Projeto-piloto de especialização para equipes de saúde da família da Universidade Aberta do SUS, com o início dos trabalhos de convênios firmados em dezembro de 2008.
- Cobertura de ações educacionais para as ESF está sendo ampliada em mais de sete vezes, comparando-se o biênio 2008-2009 com a contratualizada para 2010-2011.

OFERTA DE VAGAS DE RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC), CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E VAGA DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS – BRASIL, 2002 A 2009

Ano	Residências MFC	Especialização em Saúde da Família	Residência multiprofissional
2002	193	860	-
2003	224	860	-
2004	249	680	-
2005	345	680	-
2006	547	920	-
2007	585	1.040	241
2008	558	5.200	582
2009	584	17.200	710

Fonte: Ministério da Saúde.

- Criação da Plataforma Arouca: sistema nacional de informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/ graduação /especialização), com cadastro nacional e com certificado dos profissionais de saúde. A Plataforma serve como ferramenta de inteligência para elaboração de políticas que envolvam os trabalhadores da saúde. Lançamento oficial da Plataforma Arouca em novembro/2010.

Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps)

Formação de técnicos nas áreas estratégicas de radiologia, patologia clínica e citotécnico, hemoterapia, manutenção de equipamentos, saúde bucal, prótese dentária, vigilância em saúde e enfermagem e aperfeiçoamento nas áreas de saúde do idoso para as equipes da ESF e para as equipes de enfermagem das instituições de longa permanência, além de formação do agente comunitário de saúde. Mobiliza e articula vários segmentos públicos e privados, como escolas técnicas, instituições de ensino superior, conselhos profissionais, serviços de saúde e gestores estaduais e municipais do SUS. A execução técnica-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores, prioritariamente, está a cargo das escolas técnicas do SUS, das escolas de saúde pública e dos centros formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde.

Objetivo

Contribuir para a melhoria da atenção básica e especializada.

Data de início

18/12/2009

Instrumento legal

Portaria GM/MS nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Profaps foi idealizado com respaldo nos resultados obtidos com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profape), desenvolvido desde 2002. A experiência de execução do Profape permitiu ao Ministério da Saúde a constituição de uma rede de escolas técnicas de saúde, públicas e privadas, com as quais foi possível estabelecer novas relações contratuais, com maior agilidade e eficácia, tendo em vista o conhecimento adquirido sobre os mecanismos utilizados para contratação e para avaliação dos cursos. O Projeto atende uma realidade na qual a oferta de cursos nessa área é escassa, principalmente na regiões Norte e Nordeste, onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores.

Resultados

Em 2010, foi priorizada a elaboração dos mapas de competências e de marcos de orientações curriculares dos cursos técnicos em: radiologia, hemoterapia, citotécnico e vigilância em saúde, bem como as diretrizes e estratégias de implementação do Profaps. Foram capacitados 183.728 técnicos em todo o Brasil.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE – PROFAPS

Ano/ação	Técnicos capacitados
2008	65.036
2009	72.840
Até outubro/2010	45.852
Total	183.728

Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG)

O PNDG apoia as instituições de ensino superior e os centros formadores, que têm capacidade de realizar processos de formação em gestão e em gerência para qualificar os profissionais para a função gerencial, a partir de diretrizes para a consolidação do SUS e de intervenções positivas no cotidiano dos sistemas de saúde. As atividades formativas e os cursos presenciais ou a distância são: atualização, aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional.

Objetivo

Buscar a qualificação de gestores e de profissionais que atuam nos níveis gerenciais do SUS, tendo como referências analíticas a complexidade dos processos de gestão, próprios de um sistema de saúde descentralizado, no cenário federativo brasileiro e o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde. Apresentando resultados positivos na atenção e na gestão, com qualidade e resolubilidade para os cidadãos.

Data de início

2007

Instrumentos legais

- Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- Portaria GM/MS nº 1.311, de 27 de maio de 2010: institui o PNDG no SUS.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Os gestores desempenham o papel de articuladores de ações para melhoria da qualidade de atenção, a partir da estruturação/qualificação dos serviços de saúde com foco na: resolutividade e integralidade da atenção à saúde. redução das iniquidades quanto ao acesso, ampliação da qualidade das ações e dos serviços e sustentabilidade e legitimação do SUS.

Resultados

- Oficina de capacitação de dengue, influenza A H1N1, cursos de gestão de redes
- Curso de gestão de unidade neonatal para gestores das maternidades e dos hospitais das regiões Norte e Nordeste. Este projeto faz parte do Pacto para a Redução da Mortalidade Infantil.
- Curso de especialização e de aperfeiçoamento em gestão microrregional em saúde para 2,3 mil profissionais da área de gestão de sistema e de serviços de saúde de Minas Gerais.
- Criação e fortalecimento de parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de material instrucional e fomento a capacitações realizadas a distância.

Desde a implantação do Programa, em 2007, a Diretoria de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) apoiou 67 projetos com instituições de ensino federais de abrangência local, estadual e regional, que ofertaram/ofertarão os cursos aos profissionais de saúde no Brasil. Destacando-se, 13 projetos que são de abrangência nacional e utilizam a metodologia de ensino a distância.

Centros de colaboradores - Fiocruz

Atividades de ensino em níveis de pós-graduação *stricto* e *lato sensu* e de formação profissional em saúde para qualificação da força de trabalho pela Fiocruz, principal instituição não universitária na formação e na qualificação de trabalhadores em saúde e em ciência e tecnologia em saúde no País. Os programas de formação em desenvolvimento na Fiocruz, de educação profissional e dos diferentes níveis de pós-graduação, encontram-se alinhados com as políticas nacionais de qualificação da força de trabalho em saúde para o SUS, com atenção especial às reduções de desigualdades no acesso e na atenção à saúde.

Objetivo

Ampliar a qualificação dos trabalhadores do SUS e do sistema nacional de ciência e tecnologia em saúde para o fortalecimento da pesquisa e das intervenções em saúde pública.

Resultados

São mais de cinco mil egressos de cursos de educação profissional e de pós-graduação *stricto* e *lato sensu* no ano de 2010. Ao longo dos últimos oito anos, foram mais de 100 mil egressos. Nos últimos anos, com a estratégia de nacionalização da Fiocruz, ampliou-se também o número de egressos de outras regiões do País, além das regiões Sul e Sudeste.

TOTAL DE MATRÍCULAS ATIVAS, MESTRADO E DOUTORADO, FIOCROZ 2009

Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	Alunos matriculados
Doutorado	849
Mestrado acadêmico	797
Mestrado profissional	484
Total	2.130

Fonte: Siga/VPEIC, 2010.

Fomento a estudos e pesquisas operacionais

Trata-se de uma ação de fomento à pesquisa operacional, para desenvolver estudos e pesquisas epidemiológicos em temas prioritários para o SUS, que apresentam lacunas de conhecimento.

Objetivo

Contribuir com a solução dos problemas que limitam a eficácia das ações, permitindo o desenvolvimento de métodos e de técnicas que ampliem a capacidade de intervenção nos problemas de saúde.

Data de início

1999

Modelo de Gestão

Parceria com outras secretarias do MS e com as agências de fomento do MCT para publicação de editais, seleção de estudos e projetos de pesquisa e avaliação e acompanhamento das pesquisas em desenvolvimento por meio de análise documental e de realização de seminários presenciais.

Resultados

No período de 2003 a 2010 (julho), foram realizadas 50 pesquisas, incluindo o Inquérito Nacional de Esquistossomose. Somam-se a essas as pesquisas referentes à leishmaniose, à malária, à dengue e à hanseníase. Foram concluídos, também, estudos importantes que serviram como instrumento para o gestor do SUS na tomada de decisão para a organização dos serviços relativos às áreas da pesquisa: incorporação de insumos biológicos no calendário de vacina; antipneumocócica, rotavírus e meningocócica C; conhecimento da prevalência das hepatites virais A, B e C no País e cobertura vacinal nas áreas urbanas das capitais.

Programa de Educação Permanente

Este Programa desenvolveu-se tendo por base os pilares:

- Programa de Pós-graduação *lato sensu* e Programa de Pós-graduação *stricto sensu*: cursos oferecidos por meio da Rede de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde, executados por meio de parcerias com instituições nacionais de ensino, sendo sua prioridade formar profissionais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.
- Programa de Aperfeiçoamento: para profissionais do ministério e das secretarias de Saúde.
- Programa de Atualização em Epidemiologia para técnicos do Ministério.

Objetivo

Formar profissionais que atuam nos serviços de vigilância, de prevenção e de controle de doenças, nas três esferas de governo, considerando as necessidades regionais.

Resultados

- Adesão de 66 instituições de ensino superior de todas as regiões do Brasil, das quais 36 envolveram-se na execução de 28 cursos no período de 2006 a 2010: 17 especializações concluídas até 2009 e 11 cursos de mestrado profissional, dos quais cinco estão concluídos, resultando na formação de 489 profissionais – 381 em cursos de especialização e 108 em cursos de mestrado profissional, com previsão de mais 118, o que totalizará 613 profissionais do SUS formados em cursos de pós-graduação: 94% da clientela da rede de formação de recursos humanos têm origem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.
- Curso Programa Certificado em Epidemiologia para Gestores de Salud Basado en Internet oferecido pela Bloomberg School of Public Health/Johns Hopkins University, que foi oferecido para profissionais do Ministério e das secretarias de Saúde.
- Ciclos de estudos realizados mensalmente para técnicos do Ministério.
- Cursos de curta duração: no período de 2003 a julho de 2010, foram realizados 2.264 cursos nas áreas de vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças não transmissíveis, vigilância em saúde ambiental, análise de situação de saúde e sistemas de informações.

CURSOS DE CURTA DURAÇÃO SEGUNDO O ANO DE REALIZAÇÃO – 2003 A 2010

Ano	Total de cursos
2003	204
2004	330
2005	174
2006	561
2007	447
2008	172
2009	279
*2010	97
Total	2.264

* Dados parciais até julho.
Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde

Capacitação direcionada aos estudantes de graduação da área da saúde.

Objetivo

Formar recursos humanos para as três esferas de gestão do SUS, com envolvimento de instituições de ensino nacionais e internacionais e com pactuação com estados.

Data de início

31/10/2003

Resultados

Recursos destinados a 70 projetos direcionados aos estudantes de graduação da área da saúde.

Divulgação técnico-científica: Epidemiologia e Serviços de Saúde

Trata-se de um periódico científico publicado trimestralmente que tem como principal foco a divulgação de artigos originais nas linhas temáticas: avaliação de situação de saúde, estudos etiológicos, avaliação epidemiológica de serviços, programas e tecnologias e avaliação da vigilância epidemiológica.

Objetivo

Divulgar o conhecimento epidemiológico, metodologias e estudos aplicáveis às ações de vigilância, prevenção e controle, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS.

Data de início

2003

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A criação da revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, em 2003, foi uma ação estratégica para difundir o uso da epidemiologia nos serviços de saúde, divulgar estudos e pesquisas no âmbito do SUS. Trata-se de importante material bibliográfico que fortalece as ações do Programa Educação Permanente.

Resultados

Anualmente, são publicadas quatro edições da revista, o que totalizará, no período de 2003 a 2010, trinta e dois números publicados. A tiragem inicial foi de 25 mil exemplares, em 2010 já totaliza 30 mil exemplares, com distribuição gratuita para todo o território nacional.

TOTAL DE EDIÇÕES E TIRAGEM DA *EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE*,
SEGUNDO O ANO DE PUBLICAÇÃO - 2003 A 2010

Ano/vol.	Total de edições	Tiragem
2003 – vol. 12	4	25.000
2004 – vol. 13	4	25.000
2005 – vol. 14	4	25.000
2006 – vol. 15	4	28.000
2007 vol. 16	4	28.000
2008 – vol. 17	4	30.000
2009 Vol. 18	4	30.000
2010 – vol. 19	4	30.000
Total	32	221.000

Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Capacitação em Economia da Saúde

Capacitação para o desenvolvimento e o uso de ferramentas de economia na análise, na formulação e na implementação de políticas de saúde. Envolve financiamento do sistema, mecanismos de alocação de recursos, apuração de custos, avaliação tecnológica etc. e busca o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de saúde. O público-alvo são os técnicos do Ministério e dos núcleos estaduais, secretarias estaduais e secretarias municipais.

Objetivo

Contribuir para a institucionalização e para o fortalecimento da Economia da Saúde no Sistema Único de Saúde.

Data de início

2004

Instrumentos legais

- Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003
- Decreto nº 6.860, de 29 de maio de 2009
- Decreto nº 7.135, de 29 de março de 2010

Modelo de gestão

Alguns cursos são ministrados pela equipe de técnicos do MS em parceria com as secretarias estaduais. Há cursos realizados em parceria com as universidades. As Jornadas de Economia da Saúde (2005 a 2007) são disponibilizadas no Canal Saúde – www.canal.fiocruz.br/.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Para desencadear ações estratégicas, foram criados e ministrados cursos para ressaltar a importância de conceitos e de instrumentos da Economia da Saúde necessários na rotina de trabalho e para fomentar a instituição de estrutura formal nos estados para apoio aos tomadores de decisão.

Resultados

- Realização de dois cursos de Especialização em Economia da Saúde para técnicos de 23 estados e do Governo Federal, em 2003/2004, para 238 participantes.
- Realização de 12 cursos de Iniciação em Economia da Saúde para Tomada de Decisão, de 2004 a 2010, para equipes de Goiás, Distrito Federal, Pará, Tocantins, Minas Gerais, Alagoas e Pernambuco – 500 participantes.
- Participação de técnicos do MS nos cursos de verão da Universidade de York – Reino Unido.
- Promoção da Jornada de Economia da Saúde - ciclos de debates mensais - 2005 a 2007.
- Realização de duas oficinas de capacitação em contas de saúde, em m 2005/2006, no Rio de Janeiro e no Distrito Federal, com 44 participantes.
- Realização de três cursos de Gestão de Custos para Implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos, no Distrito Federal e em Alagoas , de 2008 a 2010, com 101 participantes.

Recomposição da força de trabalho do Ministério da Saúde

Realização de concursos para recompor a força de trabalho do Ministério da Saúde, a partir de julho de 2008.

Objetivo

Recompor a força de trabalho, com meta de abertura de quase 15 mil postos de trabalhos por meio de concursos públicos.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Após 25 anos sem novas contratações, o Ministério da Saúde concentrou esforços na recomposição da força de trabalho para melhorar a qualificação da gestão e avançar nos serviços, nas redes e nos sistemas de saúde. A recomposição da força de trabalho viabilizou a substituição dos funcionários terceirizados dentro do prazo estipulado pelos órgãos de controle, como o Termo de Ajuste de Conduta firmado entre o Ministério Público do Trabalho e os termos acertados com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

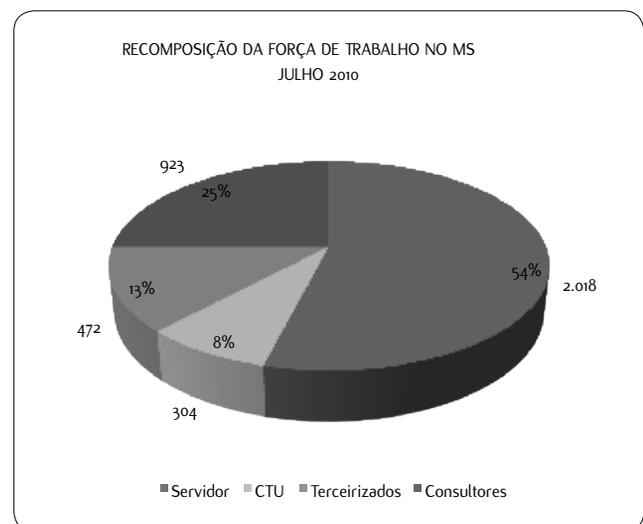
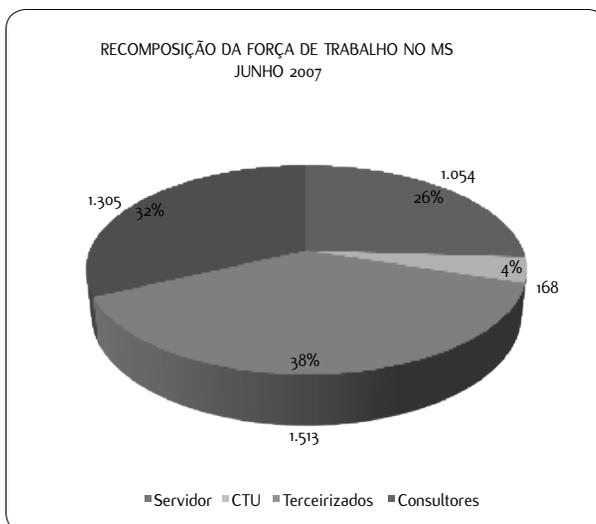
Resultados

Além de recompor a força de trabalho, nomeando 4.770 servidores, até 2011, ações de estímulo aos servidores tem sido criadas. A partir de negociações com as entidades sindicais nacionais, foi criada a Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho, regida pela Lei nº 11.355, de 2006. Essa Carreira atendeu, em parte, à necessidade de recomposição salarial dos servidores do

Ministério da Saúde, que havia vários anos não tinham ganhos salariais. Em julho de 2010, o servidor público federal do Ministério da Saúde passou a receber reajustes que variam de 60,36% a 130,99%.

Concursos Públicos Vigentes

- Realização de concurso público para o cargo de agente administrativo e contratação de 900 servidores de nível médio, para atuar na sede e nos núcleos estaduais, e substituição dos trabalhadores terceirizados de nível médio.
 - ✓ Autorização para abertura de concurso: Portaria MP nº 205, de 3 de julho de 2008
 - ✓ Autorização para provimento: Portaria MP nº 14, de 30 de janeiro de 2009
 - ✓ Vagas preenchidas: 821
- Realização de Processo Seletivo Para Contratação Temporária
 - ✓ Autorização para contratação: Portaria MP nº 207, de 7 de julho de 2008
 - ✓ Vagas preenchidas: 476
- Concurso público para provimento de cargos de nível superior das áreas administrativa e assistencial na carreira da Previdência Saúde e Trabalho (PST) e Plano Geral de Cargos do Poder Executivo (PGPE), com a finalidade de substituir os funcionários terceirizados de nível superior.
 - ✓ Autorização para abertura do concurso e provimento dos cargos: Portaria nº 185, de 9 de julho de 2009, e nº 307, de 18 de setembro de 2009
 - ✓ Vagas preenchidas: 729
- Realização de concurso público para 467 profissionais de nível superior para o cargo de médico, na carreira da Previdência Saúde e Trabalho (PST), para as unidades hospitalares e institutos do Rio de Janeiro.
 - ✓ Autorização para abertura do concurso e provimento dos cargos: Portaria nº 185, de 9 de julho de 2009, e nº 307 de 18 de setembro de 2009
 - ✓ Vagas preenchidas: 425
- Criação de nova carreira de Pesquisa e Investigação Biomédica em Saúde Pública para o Instituto Evandro Chagas e o Centro Nacional de Primatas no Pará. A nova carreira agrega o perfil de cargos adequados ao desenvolvimento dos trabalhos atribuídos àquelas unidades. São 392 novos cargos de níveis médio e superior que serão preenchidos até o final de 2010.
- Redistribuição para o MS de 720 cargos da carreira de Analista Técnico de Políticas Sociais, criada pelo Decreto nº 7.190, de 2010.



Fonte: Servidores - Fita Espelho Siape competência de julho de 2010. Colaboradores - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIARH.
* CTU - Contrato Temporário da União.

Projeto Saber para Conquistar um Lugar

Capacitação e desenvolvimento de servidores técnico-administrativos por meio do desenvolvimento do Projeto Saber para Conquistar um Lugar, realizado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina.

Objetivos

Capacitar e desenvolver servidores técnico-administrativos do Ministério da Saúde, inclusive servidores descentralizados para estados, municípios e Distrito Federal.

Data de início

2007

Resultados

O Projeto Saber para Conquistar um Lugar, desde o seu lançamento, em 2007, já capacitou 1.037 servidores em cursos gratuitos e a distância. Além dessas vagas, foram oferecidas, entre 2007 a 2010, 33,9 mil vagas de capacitação para os servidores do Ministério da Saúde em cursos que abordam os mais variados temas, como: Lei de Responsabilidade Fiscal, Convênio e Tomada de Contas Especial sob o Enfoque da Jurisprudência do TCU, O Sucesso das Organizações Começa no Atendimento, Modelo de Gestão por Competências, Gestão do Conhecimento, Programa de Formação de Adultos, Responsabilidade e Cidadania, Assédio Moral no Trabalho, Avaliação da Gestão de Desempenho Humano no Setor Público, Saúde, Desenvolvimento e Direitos Humanos – Austrália, entre muitos outros.

E) QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

A descentralização das ações e dos serviços de saúde vem se constituindo a partir das orientações expressas nas portarias MS/GM nºs 399, de 2006, e 699, de 2006, que instituíram os pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com a expectativa de que suas diretrizes propiciem o fortalecimento das capacidades gestoras de estados e de municípios, bem como o reordenamento da regionalização iniciada pelas normas operacionais, em um processo no qual merece destaque o papel da cooperação técnica atribuído ao MS junto às secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Em 2007, com o lançamento do Mais Saúde, buscou-se aperfeiçoar a estratégia de descentralização e ampliar as responsabilidades das três esferas de governo, com forte tônica na pactuação de compromissos com resultados, utilizando os instrumentos do Pacto e das comissões intergestoras. Buscou-se, ainda, a modernização e a adoção de novos modelos de gestão que gerassem serviços mais eficientes e de qualidade aos cidadãos no âmbito de todo o SUS. O eixo Qualificação da Gestão acompanha o desenvolvimento de ações como a repactuação de Termo de Compromisso de Gestão de estados e do Distrito Federal, a criação de mecanismos que permitem a valorização por desempenho das unidades federativas em relação às metas pactuadas, o apoio à informatização das unidades de saúde e a reformulação do modelo de gestão da Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro.

Com relação à sistematização do planejamento e da informação, duas ferramentas criadas nesta gestão trouxeram avanços importantes. O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), criado em 2005, organizou o planejamento das ações das três esferas permitindo a adoção de pressupostos, de conceitos e de linguagem comuns, respeitando as diversidades de cada esfera.

Também foi criada nesta gestão a Sala de Situação em Saúde –<http://189.28.128.178/sage/>, que estruturou e sistematizou todas as informações disponibilizadas por sistemas institucionais do MS. Os dados estão disponíveis na intranet e na internet. Em 2009, o aplicativo tornou-se, por meio de portaria, o canal oficial de difusão de informações em saúde.

O Mais Saúde, lançado em 2007, transformou a agenda estratégica do Ministério em metas institucionais e utilizou instrumentos como a contratualização de resultados entre ministro e corpo dirigente para o alcance dessas metas, contempladas nas 208 ações definidas pela estratégia. Os compromissos assumidos estão sendo acompanhados ano a ano até 2011. Para superar os entraves organizacionais que impactam a efetiva implementação da agenda estratégica, o Ministério da Saúde se propôs a intervir nas seguintes lacunas, internamente: desalinhamento estratégico, estruturas informais, fragmentação e burocratização dos processos, vínculos precários de parte da força de trabalho.

Outra importante proposta iniciada diz respeito à reestruturação e à qualificação da gestão dos hospitais federais no Rio de Janeiro. O desafio é instituir o processo de excelência assistencial na rede hospitalar até 2013, desenvolvendo ações inovadoras para o gerenciamento e a gestão de unidades hospitalares no contexto do SUS e promovendo o intercâmbio de conhecimentos e de práticas entre serviços assistenciais públicos e privados de excelência.

O SUS tem muitos desafios a enfrentar quanto à gestão. Com o objetivo de superar esses e outros desafios, o Ministério da Saúde desenvolveu o Mais Saúde, sua agenda estratégica e uma das frentes que compõem o PAC estratégia nacional de desenvolvimento, lançada em 2007 pelo Governo Federal. O Mais Saúde reúne as prioridades da gestão e estabelece as metas para ações e investimentos que geram resultados mais efetivos para o cidadão atendido pelo SUS.

O Mais Saúde é composto por nove eixos de intervenção e é sustentado por 208 ações e suas respectivas metas, que serão monitoradas até 2011. Se fez necessário então o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para resultados, no âmbito do Ministério da Saúde, adequado ao desafio de implementar a agenda estratégica. Dentre as iniciativas gerenciais implantadas no MS, apontamos:

- Tradução, alinhamento, monitoramento e comunicação da estratégia: Painel Síntese do Mais Saúde.
- Diagnóstico institucional, que resultou no redesenho e no alinhamento da estrutura organizacional à estratégia.
- Otimização de processos estratégicos à gestão, que propiciou a remodelagem dos processos de logística e a economia de mais de R\$ 600 milhões nas aquisições.
- Gestão de Pessoas por Competências.
- Estudo e análise de custos e de investimentos para auxiliar a tomada de decisão no uso dos recursos públicos.

O Mais Saúde tem contribuído para dar foco e alinhar a gestão do Ministério da Saúde. As intervenções realizadas no âmbito da estratégia, os processos, as estruturas e a força de trabalho têm auxiliado no desenvolvimento de uma cultura de gestão para resultados que possibilita à organização uma maior efetividade e a diminuição do impacto do subfinanciamento do SUS na saúde da população brasileira.

Quanto à Gestão Descentralizada, diretriz do SUS, o Ministério da Saúde, em constante parceria com os Gestores Estaduais e Municipais, por meio de decisões tripartites, tomou como diretriz a conformação de um Pacto pela Saúde, que expressa as responsabilidades sanitárias e as atribuições dos respectivos entes, além de prioridades, de objetivos e de metas. Essa diretriz orientou as ações do Ministério para as seguintes ações:

- Substituição dos processos de habilitação estadual e municipal, anteriormente propostos pelas NOBs, pela adesão aos Termos de Compromissos de Gestão (TCG).
- Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização do SUS.
- Integração das diversas formas de repasse dos recursos federais.
- Unificação dos diversos pactos que atualmente existiam.

No que tange às ações de planejamento e ao orçamento, empreenderam-se esforços para cumprir o objetivo estratégico do Mais Saúde, que preconiza o alinhamento, a integração e o fortalecimento dos processos de planejamento. Assim, destacam-se:

- Implantação do PlanejaSUS em todas as unidades de planejamento das secretarias estaduais de Saúde (SES) e nas secretarias municipais de Saúde das capitais.
- Implantação do incentivo financeiro repassado às secretarias estaduais de Saúde, para o desenvolvimento do planejamento em suas respectivas unidades federadas (UFs).
- Criação da Série Caderno de Planejamento, em oito volumes, que abrange desde a criação do PlanejaSUS, seus instrumentos básicos, até o monitoramento, avaliação e distribuição de mais de 150 mil exemplares para estados e para municípios.
- Promoção de 18 encontros Macrorregionais com a participação de cerca de 900 profissionais de planejamento para programar e avaliar suas respectivas ações;
- Capacitação: de 1,4 mil profissionais de planejamento, com Curso básico sobre planejamento, foco no PlanejaSUS; de 30 monitores para replicar curso; e de cerca de 500 profissionais para o Uso Prático dos Instrumentos do PlanejaSUS, até o final de 2010. E especialização de 175 profissionais de planejamento no curso: Especialização em Planejamento em Saúde.
- Firmação de 71 cooperações técnicas aos estados e aos municípios – 11 em 2006, 14 em 2007, 19 em 2008 e 27 em 2009.

Investimentos em recursos tecnológicos também foram realizados. A criação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) é resultado da necessidade que se impôs, na era da tecnologia da informação, de implantar e de implementar um padrão de informações nacionalmente definido, estruturado e integrado para o setor saúde. O CNS estrutura a coleta de dados e de informações em saúde por meio do número único de identificação do usuário do SUS, que possibilita o trânsito, o armazenamento e o acesso às informações geradas nas unidades assistenciais. Assim, em forma de rede hierarquizada, e respeitando as atribuições de cada instância decisória na atenção à saúde, o Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS) foi instituído com o objetivo de identificar a clientela do SUS, explicitando ao mesmo tempo sua vinculação a um sistema local e a um conjunto de serviços de saúde bem definido.

O CNS se revelou, em função dos resultados apresentados, como instrumento de política pública transversal, na medida em que contemplou as três esferas de gestão do SUS, beneficiando os usuários e garantindo o fortalecimento do Sistema de Informação em Saúde.

Iniciativas na área de informação e de conhecimento em saúde também se destacam:

- Plano de Gestão do Conhecimento.
- Padronização, otimização e novas iniciativas de disseminação da informação por meio da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.
- Cooperação técnica internacional para a democratização do acesso e para a construção de uma política pública em saúde nas Américas e nos países de Língua Portuguesa.
- Modernização do processo de gestão de documentos e acesso à informação institucional.
- Lançamento do novo Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (Sipar), acessível via internet.

Gestão Descentralizada do SUS

Aprimoramento, implementação e acompanhamento da gestão descentralizada do SUS.

Objetivo

Fortalecer a capacidade de Governo sobre o sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, contribuindo, assim, para a qualificação da gestão do SUS e para a qualificação e a humanização da assistência nos diversos níveis.

Instrumentos legais

- LOA 2003, PPA 2004-2007
- LOA 2007, PPA 2008-2011
- Termo de Compromisso para a Implementação do Programa Mais Saúde, de 17 de julho de 2008

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Tendo em vista que, pela sua própria concepção, o SUS é um sistema descentralizado, a preocupação com a construção da relação entre gestores e com as ações cooperativas entre eles sempre esteve na pauta das gestões do MS. Entretanto, foi iniciado na gestão 2003/2006, após um diagnóstico sobre a situação da descentralização, o enfrentamento de questões importantes para o Sistema – financiamento, desconcentração de ações administrativas, pactuação de metas, implementação de fóruns regionais, dentre outras.

Nesse sentido, além de ganhar mais força junto aos instrumentos de planejamento do Governo (PPA, LOA), a qualificação da gestão descentralizada também foi prioridade no Programa Mais Saúde.

Resultados

- Coordenação do processo de instituição do Pacto pela Saúde (2006), em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a partir do qual os três gestores do SUS assinam um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), federal, estadual e municipal, no qual são pactuadas responsabilidades nos campos da gestão do sistema e da atenção à saúde.
- Termo de Compromisso de Gestão Estadual com 100% de adesão e Termo de Compromisso de Gestão Municipal com 66% (3.651) de adesão.
- Coordenação do processo de Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão – Portaria GM/MS nº 91, de 10 de janeiro de 2007 –, que unificou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPIVS) e os indicadores propostos no Pacto pela Saúde. Com a instituição da pactuação, busca-se implantar um processo de gestão orientada para resultados, quando são pactuadas por todos os entes (27 estados e 5.563 municípios) prioridades (11), objetivos (38), metas e seus respectivos indicadores (40).
- Coordenação do processo de implementação dos Blocos de Financiamento – Portaria nº 204, de 2007 –, que objetivou a integração das diversas formas de repasse dos recursos federais. Essa reorganização do financiamento procurou privilegiar a autonomia dos gestores na alocação dos recursos conforme planejamento local, garantidas as pactuações do SUS.
 - ✓ Constituição de seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos.
 - ✓ Apoio à implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que funciona como mecanismo de governança regional, com o objetivo de ampliar a participação dos gestores municipais no debate sobre as questões de caráter regional.

- ✓ Implantação de 410 CGR, distribuídos em 23 estados e envolvendo 5.270 municípios
 - ✓ Coordenação do debate para a criação de mecanismos de incentivos para municípios e estados que alcançarem um patamar elevado das metas pactuadas.
 - ✓ Elaboração da Metodologia do Índice de Valorização da Gestão.
 - ✓ Realização de cooperação técnica junto aos estados com o objetivo de organizar agenda de trabalho voltada à qualificação da gestão descentralizada. Esta agenda é pactuada com o gestor estadual, podendo ser agregada ou alterada, de acordo com as demandas institucionais de cada estado.
 - ✓ Agenda de cooperação técnica estruturada com os 27 estados.
 - ✓ Fomento à implantação de modelos de gestão por resultados junto aos estados, constituindo-se em proposta de mudança de cultura organizacional, com ênfase em manter o foco sobre os resultados obtidos pelo sistema e não sobre o controle de processos e de procedimentos.
 - ✓ Estímulo aos modelos de gestão por resultados de nove estados – São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Ceará, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Espírito Santo.
- Informação da Sala de Situação: <http://189.28.128.178/sage/>

Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi/SUS)

O Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi/SUS), concebido à luz da filantropia brasileira no setor de saúde, permite a participação de hospitais privados de referência assistencial no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Com o Proadi/SUS, os hospitais reconhecidos pelo Ministério da Saúde como de excelência assistencial desenvolvem projetos em áreas de:

- Estudos de Avaliação de Incorporação de Tecnologia
- Capacitação de Recursos Humanos
- Pesquisas de Interesse Público em Saúde
- Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

Os projetos são apresentados pelos hospitais ao Ministério da Saúde, que os analisa e, uma vez aprovados, são desenvolvidos com financiamento dos próprios hospitais até o valor máximo da isenção tributária a que têm direito em função do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas).

Objetivo

Contribuir para o desenvolvimento institucional do SUS, transferindo, desenvolvendo e incorporando novos conhecimentos e práticas a partir de parceria público-privada em áreas estratégicas para o Sistema.

Data de início

17/11/2008

Instrumentos legais

- MPV 446, de 7 de novembro de 2008: dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.
- Portaria GM/MS nº 3.276, de 28 de dezembro de 2007: estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos.
- Atualizados pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009: dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001, e dá outras providências.
- Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010: regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para a obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Proad/SUS permite a construção de novos conhecimentos e práticas úteis ao SUS, desenvolvidos à luz de uma parceria público-privada estabelecida pela filantropia em saúde e que revela uma relação inovadora e frutífera entre estado e sociedade.

Resultados

Foram firmados seis termos de ajuste entre o Ministério da Saúde e cada um dos hospitais de excelência, todos com validade de três anos e incorporando a lista de todos os projetos estabelecidos no âmbito do Proad/SUS.

Existem 112 projetos em curso, desenvolvidos pelos hospitais de excelência, o Ministério da Saúde e gestores municipais e estaduais, em capacitação, inovação tecnológica, avaliação de incorporação de tecnologia, operação e gestão de serviços.

Atualmente, estão em discussão os critérios de monitoramento e de avaliação após a publicação do novo marco normativo para filantropia e a adesão de novos projetos.

Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

O Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro conta com a parceria dos hospitais de excelência, à luz da filantropia em saúde, e estabelece um conjunto de ações e iniciativas orientadas para modernizar a gestão, adquirir excelência assistencial e desenvolver a modalidade de atuação em rede.

Objetivos

Reestruturar e qualificar a gestão dos seis hospitais federais no Rio de Janeiro, desenvolvendo ações inovadoras para o gerenciamento e para a gestão de unidades hospitalares no contexto do SUS, promovendo o intercâmbio de conhecimentos e de práticas entre serviços assistenciais públicos e privados de excelência.

Data de início

1º/6/2009

Instrumento legal

- Portaria GM/MS nº 2.397, de 8 de outubro de 2009: estabelece o modelo de governança do projeto de reestruturação e de qualificação da gestão dos hospitais federais no Rio de Janeiro.
- Portaria GM/MS nº 1.216, de 5 de novembro de 2009: institui o prêmio de inovação em gestão hospitalar no âmbito dos hospitais federais no Rio de Janeiro.
- Edital de concurso nº 03, de 2009: cria o Prêmio de Inovação em Gestão Hospitalar no âmbito da Rede Hospitalar Federal no Rio de Janeiro.
- Portaria SE/GAB nº 50, de 25 de janeiro de 2010: nomeia os membros da estrutura de governança do projeto de reestruturação e qualificação da gestão dos hospitais federais no Rio de Janeiro.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A principal motivação para a implementação do projeto está relacionada com a necessidade de incorporar métodos inovadores na gestão assistencial hospitalar, tornar as seis unidades hospitalares cada vez mais eficientes e permitir a oferta de serviços assistenciais de qualidade, tudo na perspectiva de oferecer ainda mais expertise ao SUS.

O Ministério da Saúde gerencia diretamente seis unidades hospitalares de média e de alta complexidades.

Outro ponto forte do projeto é constituir uma atuação em rede, implantando e/ou enfatizando a prática de planejamento e de organização gerencial e assistencial entre as unidades federais, e atuar na rede de serviços do SUS local.

O Projeto busca construir soluções inovadoras para o enfrentamento de situações gerenciais de unidades hospitalares, como a gestão por competências, o uso de métodos inovadores e mais eficientes para compras e para gestão de estoques, o desenvolvimento de novas práticas para gestão assistencial e para humanização, além da reconfiguração dos perfis assistenciais de cada unidade, conforme a necessidade assistencial local.

A formulação do Projeto incorpora a participação dos hospitais de excelência, materializando uma parceria entre o poder público e o setor privado, atuando juntos para construir soluções estratégicas para superar os desafios da gestão e da gerência de unidades hospitalares no SUS.

Resultados

- Incorporação de 4,3 mil servidores, ampliando em 45% o número de servidores concursados, elevando para 80% a força de trabalho nesse regime.
- Efetivação de 86 contratos temporários da União distribuídos em áreas estratégicas para a implementação do Projeto.
- Finalização do processo de diagnóstico para Acreditação Hospitalar do Hospital Federal do Andaraí e início nas demais unidades.
- Lançamento do Prêmio de Inovação Gerencial nas Unidades Hospitalares Federais no Rio de Janeiro, com avaliação final dos vencedores, que foram publicados e premiados em evento no Rio de Janeiro em outubro de 2010.
- Desenvolvimento e entrega dos diagnósticos de Apoio à Assistência e a Assistenciais, elegendo dez reprojatos em processos de apoio assistencial e em processos assistenciais.
- Iniciado o processo de inserção formal dos hospitais federais na rede de serviços do SUS local, com a redação e a assinatura do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.
- Implantação do Escritório de Projetos direcionado para coordenar e melhor monitorar todas as iniciativas que estão articuladas no Projeto.

Cooperar tecnicamente com os estados e os municípios para o fortalecimento da gestão

Estruturação, reestruturação e aprimoramento da gestão no âmbito do Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas a dotá-lo de condições satisfatórias para o cumprimento de suas atribuições, abrangendo os seus instrumentos e ferramentas de controle, monitoramento e avaliação, inclusive dos recursos repassados fundo a fundo e mediante convênios. Busca, também, elaborar diagnóstico das condições existentes nos fundos de saúde dos entes federados, com o propósito de identificar demandas e oferecer oportunidades de cooperação técnica, inclusive na área de capacitação dos agentes envolvidos; apresentar modelo de organização de fundos de saúde aplicáveis às diversas realidades dos diferentes níveis de gestão; transferir tecnologias; e monitorar, por meio de acompanhamento ou de supervisão, a implementação das medidas corretivas sugeridas.

Objetivo

Aprimorar a organização e a estruturação de fundos de saúde (nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal), visando à melhor utilização dos recursos destinados às ações e aos serviços públicos de saúde, em atendimento aos preceitos constitucionais norteadores do SUS, em especial os estabelecidos pela EC nº 29, de 2000.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O FNS, gestor financeiro do SUS na esfera federal, realiza cooperação técnica e financeira com estados, municípios, Distrito Federal e entidades privadas sem fins lucrativos, por meio de celebração de convênios, e com órgãos federais, por meio de Termo de Cooperação. Além disso, os recursos administrados pelo FNS destinam-se a prover, nos termos do artigo 2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e de serviços de saúde a serem executados pelos municípios, pelos estados e pelo Distrito Federal.

Resultados

Abaixo é feita a demonstração evolutiva de 2007 a 2010 (até julho), com o número de termos de cada modalidade firmados nesses exercícios – convênios, portarias, termos de cooperação (TC) e termos aditivos de valor (TA):

EVOLUÇÃO DOS CONVÊNIOS/PORTARIAS/TC E TA FIRMADOS NO PERÍODO DE 2007 A JUNHO DE 2010

	2007		2008		2009		2010	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Convênios	3.557	1.258.202.185,74	2.003	787.033.555,94	1.280	389.013.418,14	0	0,00
Portarias	204	1.085.549.839,29	260	620.223.186,415	0	0,00	0	0,00

Fonte: Gescon/Siconv.

	2007		2008		2009		2010	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
Termo de cooperação	0	0,00	0	0,00	197	1.302.386.347,84	28	191.812.029,00
Termo de ajuste	0	0,00	0	0,00	11	25.840.575,88	02	773.024,00
Total	3.761	2.343.752.025,03	2.263	1.407.256.742,09	1.488	1.717.240.341,86	30	192.585.053,00

Fonte: Gescon/Siconv.

Tão importante quanto a assinatura de termos e os repasses de recursos é a análise da prestação de contas e a atuação para o ressarcimento das aplicações indevidas.

No ano de 2007, o retorno financeiro para a União, por meio de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados em ações de controle, alcançou o valor de R\$ 224.380.296,99, representando um impacto positivo na racionalização do uso dos créditos orçamentários e dos recursos financeiros diretamente arrecadados e/ou alocados à Saúde. Em 2008, o valor apurado atingiu a cifra de R\$ 201.504.938,57 e, em 2009, chegou ao montante de R\$ 188.805.060,05. A soma dos valores nos três exercícios alcança o total de R\$ 614.690.295,61.

QUANTIDADE DE PARECERES DE PRESTAÇÃO DE CONTAS EMITIDOS

Tipo de parecer	2007	2008	2009
Diligência	1.582	2.339	3154
Aprovação parcial	284	568	358
Aprovação	1.249	1.907	2538
Não aprovação	487	768	1105
Devolução total dos recursos	59	111	156
Total de pareceres	3.661	5.693	7.311

Cartão Nacional de Saúde

Objetivo

O Cartão Nacional de Saúde foi concebido formalmente pela Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, e seu processo de criação e de implantação teve início entre 1998/1999. A proposta foi elaborada com o objetivo de possibilitar a integração dos instrumentos de gestão e de informação em saúde, tendo como componente integradora a identificação do usuário e os serviços prestados.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Cartão SUS foi criado para reforçar a cidadania do usuário, por um lado, e para permitir a racionalização da aplicação dos recursos públicos, por outro. Consiste em um sistema informatizado, de alcance nacional e alicerçado por dois componentes principais: o Cartão do Usuário do SUS e a Rede Nacional de Saúde. Sua implantação estava prevista na publicação da Norma Operacional Básica do SUS/1996, mas o grau de complexidade, as necessidades de infraestrutura e as demais ingerências político-econômicas fizeram com que o Projeto fosse iniciado somente em 2000.

A emissão de Cartão em PVC foi interrompida em 2006, mantendo-se o aprimoramento e a ampliação do cadastramento eletrônico dos usuários do SUS. A rede nacional permitirá o fluxo dinâmico das informações, incrementando a capacidade de referenciamento aos especialistas, aos hospitais e aos laboratórios, por intermédio da interligação das instâncias municipal, estadual e federal de saúde.

Dessa forma, a rede do Sistema do Cartão Nacional de Saúde será importante instrumento de gerenciamento das unidades de saúde e de gestão do SUS, permitindo o monitoramento das ocorrências e dos tipos de atendimento.

Resultados

- Contratado a Infovia Integrada de Informações da Saúde (InfoSUS) em 2010, por 4 anos.
- Promovida a atualização tecnológica do DataSUS.
- Revistos os marcos regulatórios do Cartão com publicação prevista para dezembro de 2010.
- Adotados os padrões tecnológicos.
- Gerado o número do Cartão SUS no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)
- Implantado o Boletim BPA-Individualizado ao número do Cartão SUS; e
- Desenvolvida a primeira versão do Portal de Saúde do Cidadão, via Internet, cujo acesso é realizado a partir do número do Cartão SUS.
- **CADSUS Multiplataforma:** O CADSUS Multiplataforma é o aplicativo utilizado para cadastrar usuários e domicílios do SUS, controle de versões, correções e manutenção de cadastros e para disponibilizar informações para outros sistemas. O aplicativo conectado ao Servidor Federal permite a quem o utiliza realizar pesquisas por usuários, visualizar ou baixar informações e solicitar faixas de números provisórios. Além disso, sua base de dados é a Base Oficial de Usuários do SUS, mantendo-se atualizada por meio de replicação de alterações em nível nacional. Hoje, há 142 milhões de pessoas cadastradas nesse Sistema.
- **CADWEB:** Tem por finalidade o cadastramento via internet dos usuários do SUS nas unidades de saúde e é mais uma ferramenta da metodologia de implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional. Para a implantação do CADWEB foram realizados os serviços de:
 - ✓ Consulta de usuários cadastrados na base de dados municipal e federal
 - ✓ Emissão do número do usuário no ato do cadastramento
 - ✓ Permite a impressão do cartão do usuário no ato do cadastramento
 - ✓ Geração de uma base municipal dos usuários cadastrados
 - ✓ Geração de uma base nacional dos usuários cadastrados

Biblioteca Virtual em Saúde

Objetivo

Consolidar mecanismos de gestão da informação em economia da saúde, por meio do desenvolvimento e da operação de uma coleção de fontes de informação pertinentes a esse recorte temático no contexto da Biblioteca Virtual em Saúde.

Data de início

16/8/2005; lançamento oficial em 30/11/2005, durante a II Jornada Nacional de Economia da Saúde da Associação Brasileira de Economia da Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Instrumento legal

Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) para a inclusão do tema Economia da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Modelo de gestão

A BVS-Ecos conta com um Comitê Consultivo, constituído pelas seguintes instituições em 2010:

Secretaria-Executiva do MS; Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Agência Nacional de Saúde Suplementar; Secretaria de Estado da Saúde do Pará; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal de Goiás; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/Opas/OMS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O acesso equitativo à informação e ao conhecimento científico é condição essencial para melhorar as condições de saúde e para aumentar a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

Utilizou-se, para tanto, o modelo da BVS de desenvolvimento e de operação de fontes de informação de maneira integrada, por se apresentar como solução metodológica que atende às necessidades de conformação do Centro Nacional de Informação em Economia da Saúde, Farmacoeconomia, Avaliação e Inovação Tecnológica, como uma área especializada da própria BVS, em âmbito nacional.

Dessa forma, a Biblioteca Virtual em Saúde-Economia da Saúde Brasil (BVS-ECOS) possibilita a coleta, a organização, a indexação, a publicação, a disseminação e a avaliação de informação científica e técnica em economia da saúde para os gestores e para os profissionais da saúde e também permite criar elementos que garantam a sua disseminação para todo cidadão.

Nesse Projeto, focaram-se três ações principais:

- Desenvolvimento, fortalecimento e manutenção da BVS-ECOS, com o objetivo de torná-la referência para a organização, a indexação, a preservação, a publicação e o acesso a informações técnicas e científicas sobre a Economia da Saúde no Brasil, como um instrumento de gestão do conhecimento na área.
- Promoção, organização e desenvolvimento de redes sociais de instituições de pesquisa nacionais e de gestores do SUS, com prioridade para o fortalecimento da rede ECOS e dos ambientes aprendizes e informados da BVS. Também a organização, a articulação e a realização de reuniões e de eventos em prol do fortalecimento das estruturas de gestão compartilhada da BVS-ECOS.
- Atualização e fortalecimento da rede de fontes de informação (produtos, serviços e eventos), produzida de forma cooperativa por instituições que tenham funções, políticas, programas, projetos e ou ações relacionadas com a Economia da Saúde no Brasil. Garantindo, dessa forma, o acesso a fontes de informação sobre a temática e desenvolvendo ações que priorizem a promoção e o fortalecimento da capacidade local de operar fontes e fluxos de informação baseados no contexto nacional e local.

Atualmente, a BVS-ECOS está em fase de certificação pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

Resultados

Desenvolveu-se o Portal BVS Economia da Saúde (<http://economia.saude.bvs.br>), que disponibiliza o acesso à rede de informações técnico-científicas relevantes para o desenvolvimento de processos e de atividades na área de Economia da Saúde fornecendo serviços de pesquisa em base de dados bibliográficas, catálogo de revistas científicas, cópias de artigos científicos, catálogo de *sites*, diretório de eventos e em outros tipos de acessos às fontes de informação disponíveis.

Apoio financeiro e técnico à implantação de estações da Biblioteca Virtual em Saúde, facilitando assim o acesso a informações em saúde para profissionais de saúde, gestores, estudantes, pesquisadores, dentre outros interessados. Entre 2006 e 2008, houve apoio para a implantação de 15 estações BVS nos seguintes estados: Amapá, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Rio de Janeiro, Rondônia, Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Paraná, Tocantins, Rio Grande do Norte e Roraima.

Projetos Contas de Saúde Brasil

Objetivos

Desenvolver e implementar metodologia para apuração das contas de saúde, a fim de disponibilizar instrumento fundamental para o conhecimento sistemático sobre o setor, em suas dimensões pública e privada, bem como de suas inter-relações, traduzindo informações sobre a estrutura produtiva e a dinâmica econômica do setor saúde, incluindo seu financiamento e a destinação dos bens e serviços de atenção à saúde.

Data de início

2003

Instrumento legal

Portaria Interministerial nº 437, de 1º de março de 2006: institui um Comitê Gestor e um Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e de manutenção das contas de saúde no Brasil.

Modelo de gestão

O desenho organizacional: desenvolvimento técnico e operacional a cargo do Grupo Executivo, com acompanhamento do Comitê Gestor.

O Comitê Gestor é composto atualmente pelas seguintes instituições: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Política Econômica, do Ministério da Fazenda.

O Grupo Executivo é composto por: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Em 2003, o MS e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) propuseram, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido, um projeto para adaptação das metodologias de contas para ser aplicado ao Brasil. Com esse intuito, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi procurado para discutir a viabilidade da elaboração de um sistema de contas de saúde. A Coordenação de Contas Nacionais (Conac/IBGE) iniciava, à época, o trabalho de construção da nova base das Contas Nacionais e dispôs-se a incluir nesse esforço o desenvolvimento de metodologias aplicadas à implementação de um sistema de contas setoriais para a saúde.

Resultados

- Em setembro de 2008, foi lançada a primeira publicação *Economia da Saúde – uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*.
- Em julho de 2009, publicou-se o trabalho *Prontuários de bases de dados: informações sistematizadas para as contas de saúde do Brasil*.
- Em dezembro de 2009, publicou-se a primeira conta-satélite de saúde do Brasil Conta-Satélite de Saúde do Brasil: 2005 a 2007. Apresentam-se dados sobre produção, consumo e comércio exterior de bens e de serviços relacionados à saúde e informações sobre trabalho e renda nas atividades que geram esses produtos. Esses dados permitem traçar um panorama dos recursos e dos usos da saúde e de sua evolução ao longo do período 2005-2007. Eles detalham a participação de cada atividade relacionada à saúde na economia e permitem acompanhar anualmente sua evolução.
- Conta-satélite de saúde do Brasil: 2005 – 2007

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007/economia_saude.pdf.

Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC)

Objetivo

- Implementar e acompanhar metodologia padrão para apuração de custos nos estabelecimentos de saúde integrados ao SUS, a fim de possibilitar gestão mais eficiente dos recursos.

Data de início

Outubro de 2004

Instrumento legal

PT nº 9, de 13 de dezembro de 2005, DOU nº 239: institui o Grupo de Trabalho de Custos.

Modelo de gestão

A implementação é feita em articulação com as secretarias estaduais e municipais de Saúde às quais estão vinculadas as instituições de saúde que adotam a iniciativa de implantar a gestão de custos.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Com a crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, este instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (uso das informações de custos para auxiliar na tomada de decisão), fazendo parte das ações estratégicas dessas instituições.

Resultados

- Oficina de Trabalho em outubro de 2004, com representantes de diversos estabelecimentos de saúde.
- Manual Técnico de Custos – conceitos e metodologia em 2006.
- Curso de iniciação em gestão de custos voltado para servidores e colaboradores das secretarias estaduais de Saúde, com o objetivo de auxiliar na implantação de custos nos estabelecimentos.
- Capacitação de 85 técnicos das SES-BA, SES-DF e SES-AL, de 2006 a agosto/2010.
- Projeto-piloto para implantação da apuração de custos em quatro unidades de saúde vinculadas à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.
- Aplicativo em Microsoft Access para apuração de custos, destinado aos estabelecimentos de saúde participantes do projeto-piloto no DF.
- Implantação da gestão de custos em três unidades de saúde vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do Pará e em uma unidade de saúde vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, na Paraíba.

Apoio à Criação de Núcleos Estaduais/Regionais de Economia da Saúde

Objetivo

Contribuir para a institucionalização e para o fortalecimento da Economia da Saúde no Sistema Único de Saúde.

Data de início

2004

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

Oferecer subsídios para a articulação entre a União e os estados nos assuntos de Economia da Saúde, bem como para contribuir com a institucionalização da Economia da Saúde no SUS. Os núcleos estaduais/regionais de Economia da Saúde possibilitam que as ferramentas de Economia da Saúde constituam fortes instrumentos de apoio à tomada de decisão nas três esferas de governo.

Resultados

- Cursos nos estados de Goiás, Pará, Tocantins, Alagoas, Minas Gerais e Pernambuco e, também, no Distrito Federal.
- Criados e em funcionamento os núcleos de Alagoas, Ceará, São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Pará, Tocantins e Distrito Federal.

Implantação de Complexos Reguladores

Implantação de complexos reguladores como estratégia para garantir o acesso equitativo dos servidores de saúde, reduzindo as filas de espera nos serviços de saúde do SUS.

Objetivo

Implantar 302 complexos reguladores, sendo um em cada estado e em municípios com mais de 100 mil habitantes, para ampliação e qualificação do acesso de usuários aos serviços do SUS.

Data de início

2008

Instrumentos legais

- Portaria SAS nº 494, de 30 de junho de 2006
- Portaria GM nº 1.571, de 29 de julho de 2007
- Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008
- Portaria GM nº 2.907, de 23 de novembro de 2009
- Portaria SAS nº 258, de 30 de julho de 2009º

Participação e controle social

A apresentação de projetos para a implantação e ou para a implementação de complexos reguladores deve ser orientada por discussão e por aprovação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

A operacionalização das ações de regulação do SUS tiveram por objetivo o reforço e a qualificação das funções gestoras, otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta de ações governamentais voltadas à saúde.

Resultados

Foram implantados 143 complexos reguladores de 2008 até julho/2010.

Hospitais Filantrópicos

Modernização da gestão dos hospitais filantrópicos por meio de contratos de gestão.

Objetivo

Estabelecer contratos de gestão com hospitais filantrópicos da rede SUS, com pagamento por orçamentação global vinculado a incentivos para a contratualização e com cumprimento de metas de atenção à saúde vinculadas a resultados quantitativos e qualitativos.

Data de início

Julho de 2005

Instrumento legal

Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005: cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

Por que foi criado, reformulado e/ou ampliado

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde foi criado como alternativa para a qualificação da gestão e do modelo de cuidado e para a inserção desses hospitais no SUS e tem o objetivo de contribuir para o progressivo saneamento financeiro dessas instituições, dentro das prerrogativas e dos princípios do SUS, reformulando a política específica para o setor. A implementação desse Programa tem beneficiado diretamente mais de 600 instituições filantrópicas em todo o País.

A contratualização é entendida como o conjunto de regras negociadas que passam a reger o relacionamento entre gestor e prestador de serviços, devendo incluir, necessariamente:

1. A definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção na rede de serviços;
2. Definição das responsabilidades dos hospitais, explicitadas inclusive como metas.

Desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde, os hospitais privados sem fins lucrativos mantiveram-se no topo da lista em relação ao volume de internações apresentado. No ano de 2009, esse segmento realizou mais de 4,2 milhões de internações em todo o País, captando um repasse financeiro por esta produção da ordem de R\$ 3,4 bilhões de reais/ano. Foi estabelecido um canal de comunicação permanente com as entidades representativas do setor, com transparência nas discussões e no encaminhamento de demandas e de propostas.

O produto foi a implementação do Programa de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, cujos benefícios são percebidos na condução do processo de contratualização, em que uma nova lógica de financiamento é estabelecida, substituindo o pagamento sobre a produção de serviços prestados pela lógica global de financiamento, mediante o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas atreladas a incentivos financeiros.

Resultados

Um total de 757 unidades filantrópicas solicitaram a participação no Programa, com recursos de incentivo à contratualização previstos no montante de R\$ 200 milhões de reais. Destas, 633 (84%) preencheram todos os requisitos e celebraram contratos de gestão com seus respectivos gestores, mudando a lógica da gestão e do financiamento hospitalar.

Considerando toda a logística envolvida, o processo:

- Permite a programação orçamentária e financeira.
- Facilita os processos de avaliação, de controle, de regulação dos serviços ofertados.
- Possibilita investimento na gestão hospitalar.
- Conformam os serviços de acordo com a demanda e as necessidades do gestor local de saúde.
- Promove maior transparência na relação com o gestor local do SUS.
- Promove melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde.
- Amplia os mecanismos de participação e de controle social.

**PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR REGIÕES BRASILEIRAS – ANO-BASE 2009**

UF	Quantidade	%	Contratos com portaria	%
NORTE	21	3	14	2
NORDESTE	139	18	102	16
CENTRO-OESTE	44	6	42	7
SUDESTE	381	51	339	54
SUL	172	22	136	21
Total geral	757	100	633	100

Fonte: Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/Ministério da Saúde, em dezembro de 2009.

MARCOS LEGAIS

- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003: institui o Programa de Volta para Casa – auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: Estatuto do Idoso.
- Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003: institui a Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher.
- Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004: autoriza a Fiocruz a distribuir medicamentos mediante o ressarcimento de seus custos.
- Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005: altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.
- Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006: regulamenta o comércio de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos.
- Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.
- Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006: criação da Carreira da Previdência, da Saúde e do Trabalho.
- Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado emissões otoacústicas evocadas (triagem auditiva neonatal).
- Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004: instituiu o Programa Farmácia Popular do Brasil.
- Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004: acessibilidade para pessoas com deficiência. Regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e nº 10.098/2000.
- Decreto nº 5.440, de 4 de maio de 2005: define os mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano.
- Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005: regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras).
- Decreto nº 2.658, de 2 de janeiro de 2006: promulga a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.

- Decreto nº 5.904, de 21 de setembro de 2006: regulamenta a Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia.
- Decreto nº 5.948, de 26 de outubro de 2006: prevê em seu plano a inserção de ações de saúde integradas às demais políticas que possibilitem o acolhimento e atendimento das necessidades daquelas pessoas que sejam resgatadas das diversas situações de tráfico existentes.
- Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007: licenciamento compulsório antirretroviral Efavirenz.
- Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007: aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.
- Decreto nº 6.215, de 26 de setembro de 2007: estabelece o compromisso pela inclusão das pessoas com deficiência, com vistas à implementação de ações de inclusão por parte da União Federal, em regime de cooperação com municípios, estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Inclusão das Pessoas com Deficiência (CGPD).
- Decreto nº 6.230, de 11 de outubro de 2007: estabelece o Compromisso pela Redução da Violência Contra Crianças e Adolescentes, com vistas à implementação de ações de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, por parte da União Federal, em regime de colaboração com municípios, estados e Distrito Federal, institui o Comitê Gestor de Políticas de Enfrentamento à Violência contra Criança e Adolescente.
- Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Programa Saúde na Escola (PSE).
- Decreto nº 6.348, de 22 de abril de 2008: altera dispositivos do Decreto nº 6.168, de 24 de julho de 2007, que regulamenta a Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.
- Decreto nº 6.949, de 20 de agosto de 2009: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência/ONU, incorporada à Constituição Federal do Brasil em 2008.
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010: institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Esse Decreto instituiu o plano e listou algumas ações prioritárias para ações de repressão ao tráfico, segurança pública, assistência social, saúde, dentre outras que compõem o contexto do consumo de crack no Brasil.
- Decreto nº 7.235, de 19 de julho de 2010: regulamenta a Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010, que concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida.
- Decreto nº 12.319, de 21 de setembro de 2010: regulamenta a profissão de tradutor e intérprete da língua brasileira de sinais (Libras).
- Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003: aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
- Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória.
- Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004: dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família.
- Portaria Interministerial nº 800, de 3 de maio de 2005: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.
- Portaria Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007: institui o Programa Benefício de Prestação Continuada na Escola (BPC na Escola).
- Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro 2007: dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação da área da saúde.
- Portaria Interministerial nº 128, de 29 de maio de 2008: estabelece diretrizes para Contratação Pública de Medicamentos e Fármacos pelo SUS.
- Portaria Interministerial nº 444, de 15 de maio de 2009: dispõe sobre a aferição de correspondência curricular nos processos de revalidação de diplomas de medicina expedidos por universidades estrangeiras.
- Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março 2010: institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde).
- Portaria MS nº 1932, de 9 de outubro de 2003: institui o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária.
- Portaria MS nº 2.080, de 31 de outubro de 2003: institui o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais.
- Portaria MS nº 70, de 20 de janeiro de 2004: aprova as diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

- Portaria MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.
- Portaria MS nº 587, de 6 de abril de 2004: estabelece redes estaduais e municipais de atenção à hanseníase.
- Portaria MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004: institui a Política Nacional de Atenção Auditiva.
- Portaria MS nº 2.381, de 29 de setembro de 2004: cria a Rede Nacional de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord).
- Portaria MS nº 2.379, de 28 de outubro de 2004: aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas.
- Portaria MS nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004: aprova o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil.
- Portaria MS nº 426, de 22 de março de 2005: institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no SUS.
- Portaria MS nº 1.067, de 4 de julho de 2005: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- Portaria MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005: Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.
- Portaria MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005: institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.
- Portaria MS nº 648, de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
- Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006: aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006: aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
- Portaria MS nº 2.261, de 22 de setembro de 2006: institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.
- Portaria MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Portaria MS nº 487, de 2 de março de 2007: dispõe sobre a remoção de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento.
- Portaria MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007: aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS).
- Portaria MS nº 374, de 28 de fevereiro de 2008: institui o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde.
- Portaria MS nº 375, de 28 de fevereiro de 2008: institui o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde.
- Portaria MS nº 681, de 8 de abril de 2008: declara de interesse público o antirretroviral Tenofovir.
- Portaria MS nº 1.707, de 18 de agosto de 2008: definiu as diretrizes nacionais para o Processo Transexualizador no SUS.
- Portaria MS nº 992, de 13 de maio de 2009: institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Portaria MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no âmbito do SUS.
- Portaria MS nº 865, de 15 de setembro de 2009: aprova o projeto piloto de revalidação de diploma de médico expedido por universidades estrangeiras e disponibiliza exame de avaliação com base em matriz referencial de correspondência curricular, com a finalidade de subsidiar os procedimentos de revalidação conduzidos por universidades públicas.
- Portaria MS nº 2.690, de 5 de novembro de 2009: institui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.
- Portaria MS nº 1.311, de 27 de maio de 2010: institui o Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde (PNDG).
- Resolução RDC/Anvisa nº 335, de 21 de novembro de 2003: inserção de advertências com imagens nas embalagens e na propaganda de produtos fumígenos derivados do tabaco.
- Resolução RN/ANS nº 139 de 24 de novembro de 2006: institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.
- Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, para a redução da mortalidade infantil em 5% em 2009 e 2010 – Assinado pelo presidente e governadores em 24 de março de 2009.
- Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 8 de março de 2004, constituindo-se como política de Estado até 2015.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Lésbica, Gay, Bissexual, de Travestis e de Transexuais (aprovada pelo CNS em novembro de 2009 e a ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite).
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (aprovada pelo CNS em 2005 e pactuada as diretrizes nacionais da Política na Comissão Intergestores Tripartite, em 2009).

- Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (lançada em 2005).
- Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (aprovado pelo CNS em 2009 e a ser pactuada na Comissão Intergestores Tripartite).

GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus princípios basilares a participação da comunidade, garantida pela Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde. As ações e serviços prestados à população devem ser ofertados de acordo com as diretrizes resultantes das conferências de saúde e com as políticas aprovadas pelos conselhos de Saúde em cada esfera de governo. As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos, nos três níveis de governo, com ampla participação da sociedade, para avaliar a situação do setor e propor diretrizes para a formulação das políticas públicas para a área. O Conselho de Saúde, órgão de controle social, em caráter permanente e deliberativo, é composto por representantes dos segmentos do SUS, gestores e prestadores, trabalhadores e usuários, estes últimos de forma paritária. Estão organizados nas três esferas de gestão: na União, com o Conselho Nacional de Saúde (CNS); nas 27 unidades federadas, com os conselhos estaduais; e nos 5.565 municípios, com os conselhos municipais.

A partir de 2003, em cumprimento a uma das metas prioritárias do governo – a de implementar a participação popular e fortalecer o controle social –, a estratégia implementada pela gestão, no tocante ao planejamento das ações na área federal, levou em conta as diversas linhas de atuação contempladas nos objetivos setoriais e os problemas detectados em cada região. Tal orientação possibilitou a articulação e os compromissos entre as instâncias gestoras do SUS, fornecendo referências básicas para a alocação de recursos, a execução, o monitoramento, a avaliação e o controle, com a participação da sociedade, na elaboração e na gestão de programas e ações.

Nesse sentido, incentivou e apoiou os estados e municípios para que pudessem avaliar e controlar os serviços de saúde prestados à população; ampliou investimentos para o Conselho Nacional de Saúde, bem como sua composição; reforçou as conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde; e retomou os cursos de capacitação de conselheiros de Saúde, visando ampliar a sua capacidade de ação no controle e na participação social, atingindo 36.678 sujeitos sociais. Organizou a 12ª e 13ª conferências nacionais de saúde; apoiou caravanas em defesa do SUS, envolvendo em torno de 100 mil conselheiros de saúde; coordenou o processo da organização da Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social; e a ação de fortalecimento do controle social e da participação social, mobilizando mais de 1,5 milhão de pessoas.

Fortalecimento e Estruturação dos Conselhos de Saúde

Visando implantar uma rede nacional de informação para o intercâmbio entre os conselhos municipais e estaduais e destes com o Conselho Nacional de Saúde, foram disponibilizados equipamentos de comunicação e informática para 5.592 conselhos (estaduais, municipais e do DF), doados *laptops* para todos os conselheiros nacionais e realizados processos de capacitação para conselheiros de saúde, e mobilização de agentes sociais para exercer seu papel no controle social. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde teve a sua composição e paridade adequada à Constituição Federal e à Lei Orgânica da Saúde (nºs 8.080/90 e 8.142/90) e os recursos para funcionamento e execução das ações do CNS foram ampliados de R\$ 438 mil, em 2003, para R\$ 9 milhões, em 2010.

Em 2003, o Governo iniciou a consulta pública sobre a participação da comunidade nas ações da saúde. Em 2007, a política ParticipaSUS foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e publicada na Portaria MS/GM 3027/2007.

Durante o período de 2003 a 2010, a forma de gestão e participação social se deu por meio dos seguintes eventos aprovados no CNS:

- 13 políticas aprovadas pelo CNS (Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente; Política Nacional de Urgência e Emergência (Samu); Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; Política Regulatória do setor de Saúde Suplementar; Política Nacional de Saúde Indígena; Política Nacional de Humanização de Serviços do SUS (HumanizaSUS); Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; Política Nacional da População Negra; Plano Diretor de Vigilância Sanitária; Política de Atenção Integral à Saúde de LGBT; Política Nacional de Saúde do Homem).
- Diretrizes nacionais aprovadas para aplicação da Emenda Constitucional nº 29; análise ética e tramitação dos projetos de pesquisa da área de genética humana; processo de educação permanente no controle social do SUS; Pacto pela

saúde, pela vida, em defesa do SUS e o Pacto de Gestão; promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

- Lançamento da Plataforma Brasil para acompanhamento da execução das pesquisas e da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde do Brasil. Ampliada a participação na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) de conselheiros do CNS representantes dos segmentos dos trabalhadores e usuários.

Promoção de conferências e eventos da Saúde

Para analisar e discutir os princípios e diretrizes do SUS, por meio da exposição e discussão de temas de saúde, repassar informações aos diversos atores da saúde pública, identificar necessidade de estudos e pesquisas de novos desafios para o SUS e mobilizar a sociedade civil para ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde foram realizadas pelo Ministério da Saúde, em parceria com os estados, municípios e organizações da sociedade civil, conferências nacionais, regionais, estaduais e municipais de saúde e conferências para segmentos específicos; além da realização de seminários nacionais e internacional para discussão da reforma sanitária e os princípios e diretrizes do SUS. Veja na relação a seguir:

- Sete Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde e 11 conferências:
 - ✓ 12ª e 13ª Conferência Nacional de Saúde.
 - ✓ 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
 - ✓ 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.
 - ✓ 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação na Saúde.
 - ✓ 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.
 - ✓ 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.
 - ✓ 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
 - ✓ 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental.
 - ✓ 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial e 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social.
- II e III Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa.

Mobilização da sociedade para a gestão participativa no SUS

Para implementar o processo de gestão participativa nas três esferas de governo, produzir informações e conhecimentos para gestão e fortalecer a intersetorialidade como estratégia de governo na promoção de qualidade de vida na área da saúde, foram identificados e disseminados métodos e práticas de gestão participativa por meio de seminários, fóruns e oficinas de trabalho, bem como implementados conselhos gestores nas unidades de saúde e apoiada a organização de redes sociais.

Eventos macrorregionais com os movimentos sociais sobre o direito à saúde e em defesa do SUS:

- 23 caravanas estaduais e uma nacional em defesa do SUS, em 2009, envolvendo os conselheiros estaduais e municipais de todo o Brasil, com público em torno de 100 mil conselheiros de saúde.
- Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais.
- Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS.
- Seminário Nacional de Atenção Primária.
- Seminário Nacional Público e Privado.
- Oficina de Educação Permanente para o Controle Social.
- Oficina de Orçamento e Financiamento da região Nordeste I.
- Oficina de Orçamento e Financiamento das regiões Sul, Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste II.

Capacitação e formação permanente de conselheiros e agentes para o controle social

Para promover o conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários e dotar os conselheiros de conhecimentos e formação acerca do sistema para que se apropriem do seu papel e fortaleçam o controle social em saúde foram realizados 11 encontros nacionais – Implementando a Educação Permanente para conselheiros e movimentos sociais, e capacitados 222.978 conselheiros e sujeitos sociais.

Além disso, foi desenvolvido processo de educação permanente e formação de membros do Ministério Público e do Judiciário, em cooperação com os gestores estaduais e municipais e articulação interministerial e intersetorial. Foram realizados 11 processos de capacitação com 58.879 agentes beneficiados.

Essas ações se viabilizaram por organismos internacionais mediante contratos de financiamento de atividades e de serviços, termo de cooperação técnica e descentralização de recursos por convênios para SES/SMS, instituições formadoras e centros colaboradores.

Outra linha de ação desenvolvida foi o incentivo aos gestores estaduais e municipais e conselhos de Saúde e Educação à discussão e proposição de educação permanente e de produção de material didático para os educadores e professores visando

ao processo de formação e educação em saúde para crianças, adolescentes e suas famílias, de acordo com as realidades sociais, culturais e econômicas locais.

Foram realizados cinco seminários regionais de práticas educativas no SUS envolvendo educadores de saúde dos serviços, escolas técnicas, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), gestores da atenção básica, interlocutores e apoiadores da ParticipaSUS, com 36.678 sujeitos sociais capacitados.

Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS

Para aferir a percepção do usuário, de forma permanente, sobre o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde, produzindo insumos para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e das políticas de saúde, foi implantado o Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS e fortalecida a Ouvidoria Nacional de Saúde, a qual disseminou, anualmente, mais de 17 milhões de informações pelos canais de acolhimento de demandas, o Disque-Saúde. Foram implantadas 153 ouvidorias nos estados e em municípios estratégicos, até o primeiro semestre de 2010. Criado, ainda, o Fórum Nacional de Ouvidorias do SUS para construção das diretrizes nacionais e consolidação da concepção e dos processos de trabalho.

Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Para fortalecer a gestão foram aprimoradas as ações do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), implementadas ações dos componentes municipal e estadual, e desenvolvido sistema informatizado de monitoramento e avaliação da gestão. O desenvolvimento de sistemas informatizados dos quatro componentes da política ParticipaSUS – OuvidorSUS, SisaudSUS, ParticipanetSUS e SargSUS – foi significativo como ferramenta de apoio à gestão do SUS.

O monitoramento, o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS possibilitaram:

- A consolidação da estratégia de cooperação do Apoio Integrado – ParticipaSUS.
- A realização de encontros temáticos envolvendo a discussão dos processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.
- A consolidação do processo de monitoramento do indicador do Relatório Anual de Gestão do SUS e a disseminação de informações estratégicas por meio do Painel de Indicadores do SUS, como instrumento de divulgação de informações estratégicas.
- A consolidação do Sistema Nacional de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS implantando, até julho de 2010, os 27 componentes de auditorias estaduais, 26 componentes municipais nas capitais e 139 em municípios estratégicos.

A auditoria apresentou como principais ações realizadas:

- 13.602 atividades de auditoria
- Consolidação do Sistema Informatizado de Auditoria (Sisaud)
- Desenvolvimento do sistema informatizado CDAM - Certificados de Direito à Assistência Médica, conforme acordo bilateral com os seguintes países: Argentina, Cabo Verde, Espanha, Grécia, Chile, Itália, Luxemburgo, Uruguai, Portugal
- Parcerias com a Controladoria Geral da União (CGU), o Ministério Público Federal e Estadual e o Tribunal de Contas da União
- Realização de auditorias da Operação Vampiro (hemoderivados, insulina, Voetur, DST/Aids, Fiocruz, Funasa e Ministério da Saúde)
- Teleconferência Ações Compartilhadas Denasus/CGU
- Fiscalizações em convênios decorrentes de emendas parlamentares para aquisição de unidades móveis de saúde e equipamentos, envolvendo cerca de 650 municípios e 1.656 convênios, planejadas conjuntamente com a Controladoria Geral da União (CGU) e Tribunal de Contas da União (TCU), chamada Operação Sanguessuga.
- Realização do Fórum SNA em Debate
- Elaborado o documento Propostas para o Fortalecimento do SNA no âmbito do SUS
- Curso de informação de interesse à auditoria
- Capacitação em auditoria em Oncologia
- Elaboração de Caderno de Orientações Técnicas para a Realização de Auditoria em Obras, Equipamentos e Instalações
- Criação da Comissão Corregedora Tripartite prevista no Decreto nº 1.651/95
- Implantação de um novo Sistema de Auditoria (Sisaud/SUS), na plataforma da internet, em 152 componentes estaduais e municipais do SNA.

As ações implantadas apresentam avanços na gestão, como:

- Descentralização da gestão com criação das comissões intergestores, fóruns de pactuação, criação de fundos de saúde municipais/estaduais e desenvolvimento do fundo nacional, elevando a capacidade de gestão pública, principalmente entre os municípios

- Articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, para construção da atenção integral à saúde
- Criação de comitês estaduais para debater a implementação das políticas de promoção de equidade da atenção à saúde
- Ampliação do acesso a serviços das populações em situação de iniquidade, com destaque para a população negra, quilombolas, ribeirinhos, povo das florestas e das águas, ciganos, população na situação de rua e LGBT.

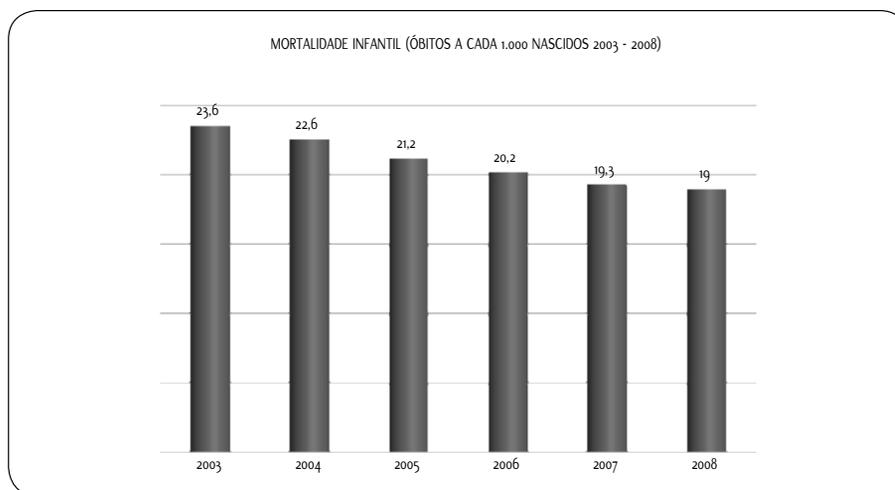
Destacam-se como estratégias inovadoras na prática da participação social:

- A consolidação de uma gestão colegiada no âmbito do Ministério, das instituições e estruturas vinculadas
- A qualificação e ampliação do relacionamento do Ministério da Saúde com o controle social
- O desenvolvimento de processos de educação permanente para o controle social e de educação popular em saúde
- O desenvolvimento de tecnologias e metodologias voltadas para o processo de monitoramento e avaliação
- A qualificação do uso de informações estratégicas para a tomada de decisão
- A qualificação dos processos de controle e auditoria das ações e uso dos recursos, a criação de canais de comunicação com a sociedade.

INDICADORES AGREGADOS DE RESULTADOS

Queda da taxa de mortalidade infantil

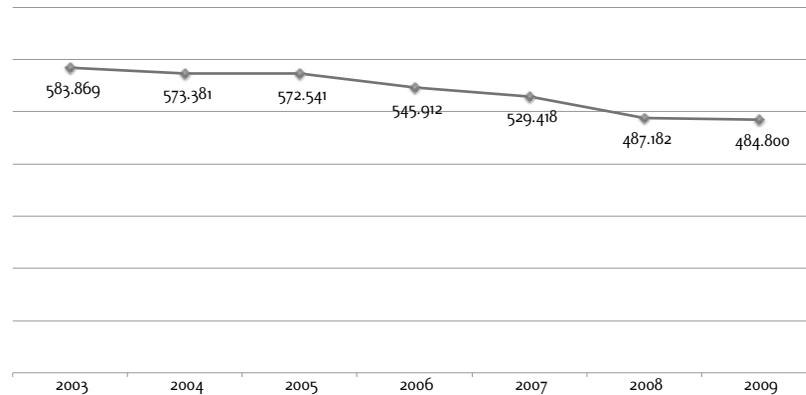
A taxa de mortalidade infantil está caindo de forma contínua no Brasil. Entre 2003 e 2008, a proporção de mortes em cada mil crianças nascidas vivas baixou de 23,6 para 19. Se mantiver esta tendência de queda, o país vai atingir a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2012, três anos antes da data-limite fixada pela Organização das Nações Unidas (ONU).



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA CAI 20% EM SETE ANOS

Entre 2003 e 2009, a gravidez entre as mulheres de 10 a 19 anos caiu 20%, consolidando a tendência de queda desde o início da década.

NÚMERO DE PARTOS NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 19 ANOS

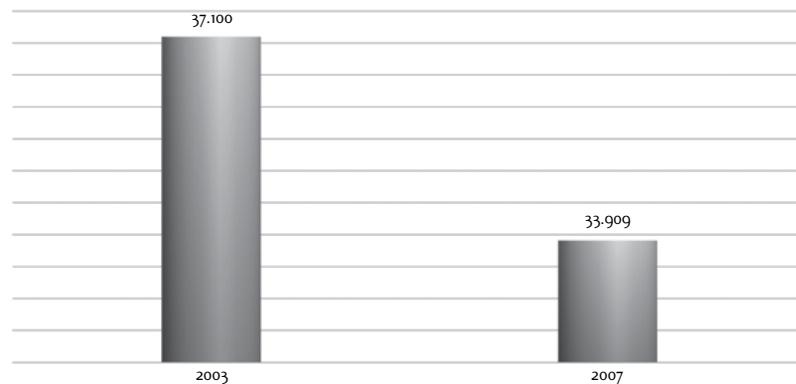


Incidência da Aids e números de casos caem no Brasil

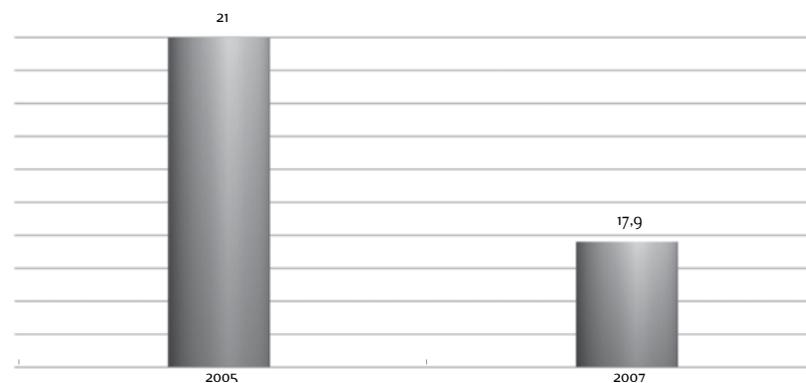
Dados mais recentes apontam queda de 8,6% entre 2003 e 2007 - de 37.100 casos notificados para 33.909. Uma redução ainda maior foi percebida na taxa de incidência, que caiu 15% - passou de 21 por 100 mil habitantes, em 2005, para 17,9 por 100 mil habitantes, em 2007.

O Boletim Epidemiológico Aids/DST 2009 aponta, no período de 10 anos (1997-2007), redução de 41,7% da incidência de casos de Aids em crianças menores de cinco anos, resultado das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê). O coeficiente de mortalidade nessa faixa etária também caiu cerca de 70% no mesmo período.

CASOS NOTIFICADOS DE AIDS NO BRASIL



TAXA DE INCIDÊNCIA NO BRASIL (POR 100 MIL HABITANTES)

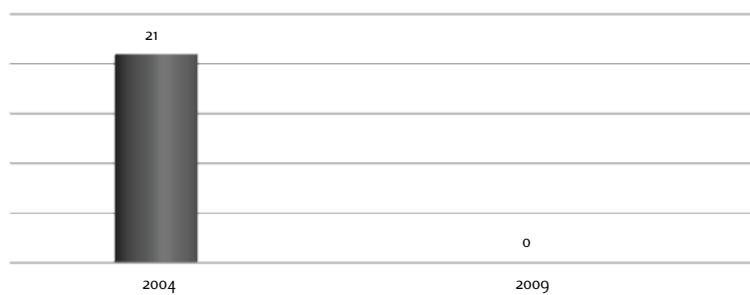


Mais proteção contra as doenças transmissíveis

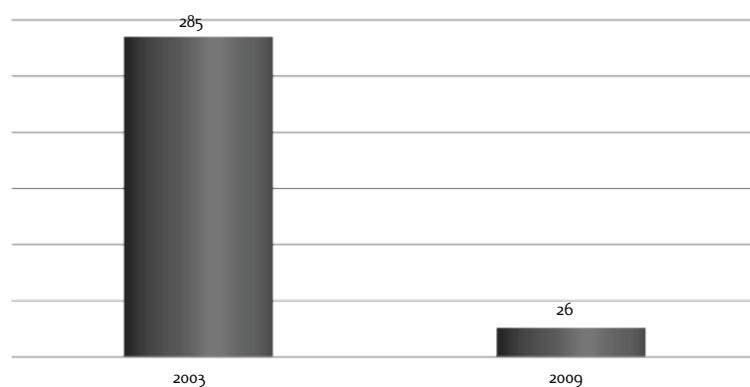
Houve queda de mais de 90% de doenças transmissíveis, no número de casos. O País está próximo de eliminar a raiva humana transmitida por cães, o tétano neonatal e a filariose. E os registros epidemiológicos demonstram tendências de queda em

doenças como tuberculose, hanseníase, leishmaniose tegumentar, esquistossomose, Aids, sífilis, malária e meningite.

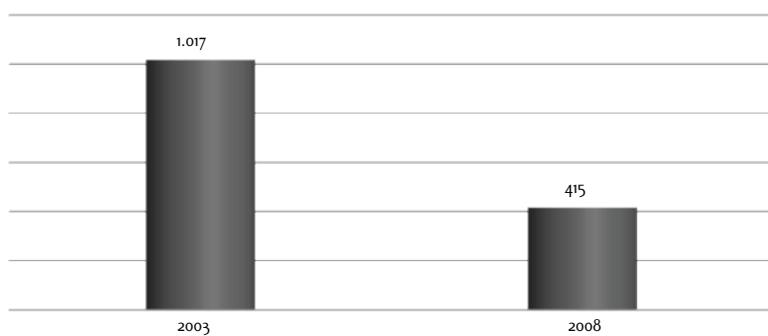
CASOS DE CÓLERA



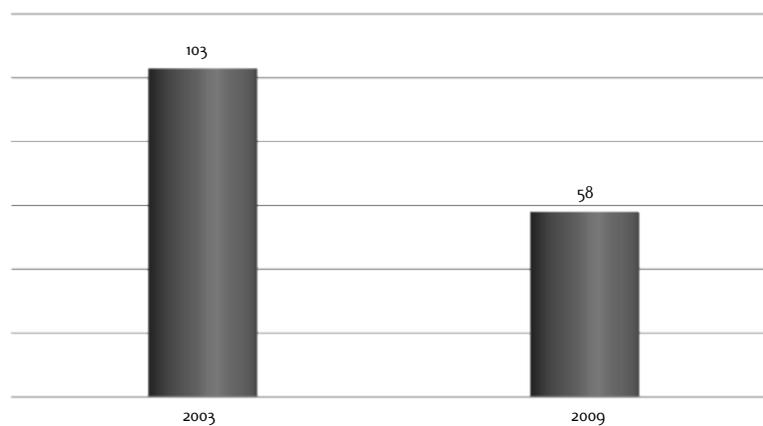
CASOS DE RAIVA EM CÃES



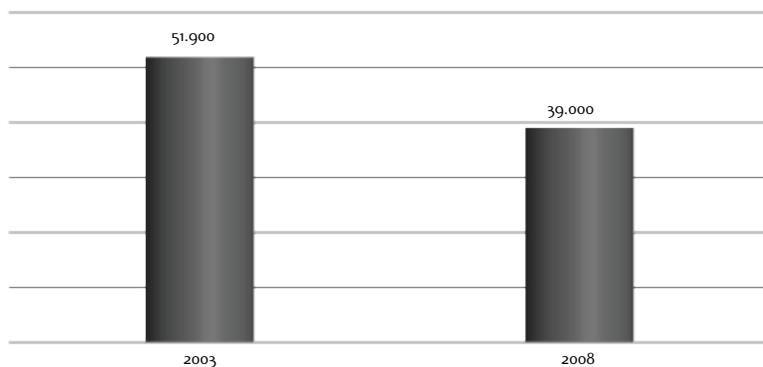
INTERNAÇÃO POR ESQUISTOSSOMOSE



ÓBITOS POR MALÁRIA



NOVOS CASOS DE HANSENÍASE

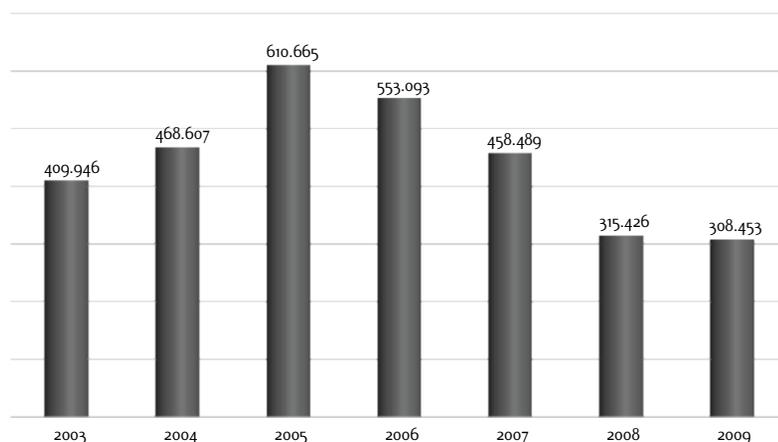


INCIDÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE (POR 100 MIL HABITANTES)

**Redução de 11,9% nos casos de malária**

A luta contra a malária no País vem alcançando bons resultados, fechando o ano de 2009 com queda de 11,9% na comparação com 2002. Os casos da doença caíram de 349.896 para 308.453.

NÚMEROS DE CASOS NOTIFICADOS DE MALÁRIA



Combate à tuberculose

O Brasil melhorou sua posição na lista das 22 nações que concentram 80% dos casos da doença no mundo, passando da 14ª para a 19ª, indicando que as ações de controle e prevenção que vêm sendo adotadas estão na direção correta.

Outro índice que mostra a luta intensa do governo contra a doença é a diminuição no número de casos no País. Em 2003, foram registrados 78,6 mil. Já em 2008, 70,9 mil – queda de quase 10%.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Veja em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br, tabelas relativas aos resultados deste item.