



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

PLANO NACIONAL DE SAÚDE ***Um pacto pela saúde*** ***no Brasil***

PRÉ-PROPOSTA DO MS
documento em construção/
para discussão
(versão de 22 de junho)

Apresentação

O presente documento contém a proposta do Ministério da Saúde do Plano Nacional de Saúde (PNS). Na primeira parte, estão reunidos os princípios orientadores, os objetivos setoriais, as diretrizes e as metas, que configuram o cerne do Plano. Na segunda parte, está a análise situacional de saúde no País, tanto no que tange à gestão, quanto à atenção à saúde propriamente dita.

Para enfrentar o desafio da construção desse plano estratégico, o MS buscou catalogar, inicialmente, o máximo de elementos constitutivos desse processo, mediante ampla participação de todos os atores que buscaram e buscam, na implementação do SUS, entender o Brasil em suas diversidades e potencialidades.

Nesse processo, procurou-se mobilizar parceiros tradicionais e novos para um mergulho intenso na formulação ou sistematização de diagnósticos, construção de estratégias de superação de problemas e criação de ferramentas adequadas para o monitoramento, mas fundamentalmente a pensar coletivamente e materializar num Plano o SUS que queremos. Na realidade, o PNS, cuja iniciativa de elaboração é inédita, não se refere apenas às funções exercidas pelo MS, mas deve se constituir em referência para o sistema público de saúde, o SUS.

Ao se pensar em formatos, métodos, informações a serem colocadas à disposição, entre outros elementos constitutivos do processo de formulação do PNS, observou-se que as possibilidades poderiam ser infinitas. No entanto, o importante foi o amadurecimento de desenhos iniciais que serviram como guias para uma tarefa cujo produto esperado era concretamente uma proposta clara e com metas objetivas – a ser apresentado ao Conselho Nacional de Saúde – e que responda às necessidades colocadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde.

É importante assinalar, por outro lado, que grande parte das questões de saúde já está, de certa forma, levantada; há experiências bem sucedidas em curso que apontam soluções e são passíveis de reprodução. Entretanto, verifica-se ainda desperdício de energia pela insuficiente coordenação das esferas tanto estaduais quanto nacional. Nesse sentido, planos que tenham como objetivo a busca de integração de ações isoladas – com um direcionamento claro das intenções, sempre pactuadas entre as três esferas e com a identificação de questões regionais relevantes – podem contribuir efetivamente para novos rumos na busca da ampliação e da qualificação do acesso, do avanço na equidade, na construção permanente da intersectorialidade das políticas.

Agradecendo, antecipadamente, a todos aqueles que viabilizaram e participaram da construção desta proposta de PNS do MS, a SE manifesta a sua expectativa de que o Plano Nacional de Saúde seja um efetivo instrumento para *Um Pacto pela Saúde no Brasil*.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução.....	4
I. Princípios orientadores.....	9
II. Objetivos, diretrizes e metas	10
II.1. Em relação às linhas de atenção à saúde.....	12
II.2. Em relação às condições de saúde.....	24
II.3. Em relação à gestão em saúde.....	47
II.4. Em relação ao setor saúde.....	59
II.5. Em relação ao investimento em saúde.....	69
III. Gestão, monitoramento e avaliação do PNS.....	72

Introdução

Ao concluir a elaboração do Plano Plurianual/PPA 2004-2007 no âmbito da saúde, o MS decidiu, mantendo e ampliando a mobilização alcançada neste processo, iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde – PNS –, tendo como princípio norteador desta tarefa a mais participativa e maior discussão possíveis. Para tanto, com o apoio da Abrasco e da Fiocruz, foi formulada uma agenda de trabalho que se encontra em desenvolvimento desde meados do segundo semestre de 2003.

Uma das etapas iniciais dessa agenda foi a realização do Seminário sobre Plano Nacional de Saúde, em novembro do ano passado, com o objetivo de afinar conceitos e colher subsídios sobre estrutura/conteúdo; processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação do PNS; atores para escuta forte e participação na construção do Plano; e mecanismos a serem utilizados na sua elaboração. Desse Seminário, participaram dirigentes e técnicos do MS, representantes do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do Governo Federal.

No ano passado também, aproveitando a mobilização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada pesquisa junto aos participantes deste evento visando levantar opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no Plano Nacional. Além disso, procedeu-se a levantamento e sistematização de informações acerca de planos de saúde e dispositivos legais relativos ao tema. Essas e outras iniciativas possibilitaram a construção do referencial que orientou a formulação da presente proposta do MS.

No tocante ao referencial legal, destaca-se, inicialmente, a Lei N.º 8.080/90 que estabelece, como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (Art. 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo Artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o parágrafo 1º do Art. 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Já a Lei N.º 8.142/90 estabelece que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, estados e Distrito Federal, deverão ter por base Plano de Saúde (Art. 4º). Por sua vez, o Decreto N.º 1.232/94, concernente à transferência de recursos Fundo-a-Fundo, também se refere ao Plano de Saúde ao tratar da distribuição de recursos segundo estimativas populacionais e do acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”.

Na Norma Operacional Básica do SUS — NOB-SUS 01/96 —, o Plano de Saúde integra o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para a habilitação em uma das condições de gestão previstas na Norma. O Plano deve estar devidamente aprovado pelos respectivos Conselhos

de Saúde. Ainda na NOB, o Plano é referido na definição do papel dos gestores estadual e federal e nos tópicos atinentes ao financiamento das ações e serviços.

Quanto à formulação, a referência existente é a Portaria 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Integram essas orientações conceitos, processos, conteúdos, fluxos e aplicação de cada um desses instrumentos. Especificamente em relação ao plano de saúde, as orientações aprovadas pela mencionada Portaria definem, entre outros aspectos, que:

a) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera;

b) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma óptica analítica, devendo ser submetidos na íntegra aos respectivos Conselhos de Saúde;

c) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias.

Diferentemente do PNS – que deve configurar uma referência para o SUS –, o Plano Plurianual (PPA) é um instrumento do Governo Federal, instituído pela Constituição de 1988 (Art. 165), e que é estabelecido mediante lei específica do Poder Executivo. Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde busca responder às especificidades do SUS, complementando, assim, o PPA no âmbito da saúde. Na construção do Plano Nacional de Saúde, o Plano Plurianual constitui, portanto, um dos instrumentos fundamentais. Por outro lado, a partir da sua aprovação, o PNS será instrumento importante na revisão anual do PPA.

O processo de planejamento no contexto da saúde deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do Governo e os interesses da sociedade, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população. Disso resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Dessa forma, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade – por intermédio do plano de saúde – concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população.

O plano de saúde é operacionalizado por intermédio de programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam assim a direcionalidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal. A elaboração tanto do Plano, quanto dos instrumentos que o operacionalizam, deve ser entendida como um processo dinâmico e, assim, permitir a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados, seja em decorrência da mudança de cenários ou de obstáculos que eventualmente vão sendo defrontados.

O encaminhamento rotineiro, formal e obrigatório do Plano de Saúde é o Conselho de Saúde da respectiva esfera de governo. Por configurar, sobretudo, instrumento que permite a prática do controle social nas suas variadas

dimensões e que viabiliza a utilização transparente dos recursos públicos, deve ser acessível a lideranças da comunidade, formadores de opinião, dirigentes de organizações não governamentais atuantes na área de saúde e colegiados intergestores.

O processo de formulação da presente proposta do Ministério da Saúde do PNS, considerando o arcabouço legal e os pressupostos acima resumidos, buscou selecionar e estabelecer elementos básicos capazes de conferir ao Plano Nacional a necessária clareza e precisão, aliadas à imprescindível racionalidade na sua conformação. Assim, esta proposta compreende:

- a) os princípios orientadores;
- b) os objetivos a serem alcançados;
- c) as diretrizes, com as prioridades conferidas e as estratégias gerais adotadas;
- d) as metas;
- e) o modelo de gestão, monitoramento e avaliação do Plano;
- f) a análise da situação de saúde;

Considerando que esses elementos essenciais que conformam a proposta do PNS – em especial as diretrizes, as metas e a análise situacional – guardam uma estreita inter-relação, foi necessária a adoção de recortes comuns de modo a assegurar, ao mesmo tempo, a interdependência e especificidade destes elementos. Com isso, procurou, também, resguardar uma simetria mínima, mas necessária, entre os elementos. Assim, a análise situacional e as diretrizes – com as respectivas metas – aqui propostas são trabalhadas segundo cinco recortes, a saber: (i) setor saúde; (ii) condições de saúde da população; (iii) linhas de atenção à saúde; (iv) gestão em saúde; e (v) investimento em saúde.

As diretrizes e as metas deverão nortear a definição das ações a serem implementadas, mas não são objeto do PNS. As ações que dão consequência prática às diretrizes e metas do Plano Nacional serão detalhadas, como já referido, nos instrumentos operacionais em que se desdobra o PNS, ou seja, os programas e/ou projetos. Nas diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas –, busca-se delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. Para cada conjunto de diretrizes, é apresentado o rol de metas a serem alcançadas.

Cabe ressaltar, por fim, os limites que devem ser levados em conta tanto na definição quanto no acompanhamento de algumas metas. Diversas metas estabelecidas neste Plano são baseadas nos dados existentes nos sistemas de informação de base nacional, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), entre outros. É fundamental que se considere – seja na avaliação das linhas de base dos indicadores, seja no acompanhamento das metas definidas – a heterogeneidade na cobertura e a qualidade das informações desses sistemas nas diferentes regiões e estados brasileiros.

As metas que envolvem informações de mortalidade, por exemplo, podem ser influenciadas pelos problemas existentes na captação de óbitos e pelo elevado percentual de mortes por causas mal definidas em algumas regiões, especialmente no Norte e no Nordeste. Estados com melhor acurácia desse Sistema podem apresentar maiores taxas de mortalidade na linha de base ora avaliada. Por outro lado, eventuais elevações das taxas acompanhadas – quer na esfera local/regional quer nas metas nacionais – poderão ocorrer pelo desejado aprimoramento dos sistemas de informação, sem representar uma pior situação de saúde.

I. Princípios orientadores

II. Objetivos, diretrizes e metas

- II.1. Em relação às linhas de atenção à saúde
- II.2. Em relação às condições de saúde
- II.3. Em relação à gestão em saúde
- II.4. Em relação ao setor saúde
- II.5. Em relação ao investimento em saúde

III. Gestão, monitoramento e avaliação do PNS

I. Princípios orientadores

(1) O presente Plano Nacional de Saúde está orientado pelos princípios consignados pela Constituição Federal para a saúde no Brasil e pelos princípios estabelecidos pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei N.º 8080/90 e Lei N.º 8142/90 –, além dos demais instrumentos jurídico-legais que balizam a atuação do setor, entre os quais aqueles que tratam da vigilância sanitária e do sistema de saúde suplementar.

(2) Ao lado do arcabouço legal brasileiro inerente à saúde, este Plano enfoca questões estratégicas na elevação dos níveis de saúde e na promoção da qualidade de vida da população brasileira, como aquelas relativas à humanização dos serviços de saúde, ao incremento da gestão participativa, à gestão do trabalho e à educação na saúde, fundamentais à integração efetiva entre as três esferas de governo na perspectiva do pacto federativo voltado ao Brasil para todos.

(3) Apesar dos muitos avanços ocorridos no setor nos últimos 15 anos, os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS – ainda não estão operacionalizados plena e suficientemente. A população ainda depara-se com uma atenção desprovida da adequada equidade, humanização e qualidade. Mudar tal realidade, que resulta de diversos fatores, é um requisito imprescindível à inclusão social e à integração nacional. O desenvolvimento do setor saúde significa, portanto, melhorar as condições de vida da população e credenciar-se como um dos meios essenciais no alcance dos objetivos sociais e desenvolvimentistas do País.

(4) De outra parte, o exercício e o incentivo à participação social permitirão a adoção de estratégias de intervenção intersetoriais, capazes não somente de modificar as realidades sanitárias/epidemiológicas indesejáveis, como também de integrar maior número de atores no desenvolvimento das condições de vida da população. Cria-se assim um ciclo virtuoso na busca da qualidade da ação pública.

(5) Ao Ministério da Saúde cabe, nesse contexto, desenvolver de forma sistemática estratégias que auxiliem o processo de autonomia do Sistema, contribuindo para a melhoria da qualidade da gestão estadual e municipal e garantindo um aporte de recursos financeiros federais para o custeio das ações e serviços de saúde no SUS. Acima de tudo, deverá ser priorizada a transparência no processo de tomada de decisão, facilitando a criação de mecanismos de controle social eficazes.

(6) Com a incorporação de ferramentas sistêmicas, como o planejamento estratégico na ação política, espera-se, portanto, contribuir para uma maior influência dos atores sociais no processo de tomada de decisões. Nesse caso, enfatizar-se-á o exercício democrático na formulação das políticas do SUS, incentivando o diálogo na busca de consensos e na obtenção de produtos sistematizados, oriundos das discussões.

II. Objetivos, diretrizes e metas

(7) O presente Plano Nacional de Saúde é o instrumento básico para o Pacto pela Saúde no Brasil, estabelecido segundo as diretrizes e metas aqui definidas.

(8) Conforme referido na introdução, as ações que dão consequência prática às diretrizes abaixo apresentadas serão objeto de detalhamento nos instrumentos operacionais em que se desdobra o PNS, ou seja: os programas e/ou projetos específicos.

(9) As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – estão expressas sob a forma de um enunciado-síntese. A contextualização que se segue a cada diretriz busca delimitar prioridades e/ou estratégias gerais a serem implementadas. A cada conjunto de diretrizes, são explicitadas as metas respectivas.

(10) A seguir, estão as diretrizes e metas para o *Pacto pela Saúde no Brasil*, apresentadas segundo os recortes adotados neste Plano Nacional, a saber:

- (11) a) as linhas de atenção à saúde;
- (12) b) as condições de saúde da população;
- (13) c) a gestão em saúde;
- (14) d) o setor saúde; e
- (15) e) o investimento em saúde.

(16) No âmbito de cada um desses recortes, além das diretrizes e metas, estão identificados também os objetivos preconizados, os quais foram estabelecidos por ocasião da formulação do *Plano Plurianual 2004-2007 da Saúde*, em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo são 22 objetivos específicos e um geral, que se refere ao PNS como um todo.

Objetivo geral do Plano Nacional de Saúde

(17) Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados.

(18) Por outro lado, antecipando algumas orientações gerais contidas no capítulo III desta proposta, é importante ressaltar que, a partir desses objetivos, será construído o processo de monitoramento e avaliação, que deve considerar a capacidade de alcance da condição explicitada nestes objetivos, evidenciando os cenários intermediários, mas prováveis, apontados nas diretrizes políticas de saúde do SUS. De outro lado, as metas servirão de parâmetro para a avaliação da distância entre a situação atual, definida na análise realizada, e a desejada. Portanto, somente o conjunto de objetivos, diretrizes e metas podem trazer o sentido das ações planejadas, servindo como elementos básicos para a elaboração dos programas e/ou projetos e a sua revisão permanente.

(19) Cabe questionar, então, se os sistemas hoje utilizados para a informação em saúde, os fluxos decisórios e de gestão são adequados para a superação daquelas condições adversas evidenciadas; se o processo de definição de prioridades contribui para a redução de desigualdades regionais e de raça, para a eliminação de problemas relevantes de saúde – como a hanseníase, a sífilis congênita –, para o controle de outras situações, como a tuberculose, os acidentes e outros agravos decorrentes do trabalho. Do mesmo modo, ;indagar como enfrentar desafios para a redução da mortalidade materna e mortalidade infantil, mortalidade por causas violentas entre jovens, o controle do câncer em adultos e da qualidade de vida de idosos.

II.1. Em relação às linhas de atenção à saúde

Objetivo

(20) Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral - a exemplo da saúde da família - e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.

Objetivo

(21) Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, combinando o critério de pagamento por procedimento com outros critérios – como o de agravos prioritários –, a estruturação de rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes.

Objetivo

(22) Regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando a sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia e efetividade e qualidade técnico-científica, e garantir o acesso universal a sua utilização.

Diretrizes

(23) *Qualificação e humanização na atenção à saúde.*

(24) A elevação da qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo Sistema Único de Saúde mediante a adoção de práticas assistenciais resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, realizadas com presteza e adequação, constituirão dimensões essenciais dessa diretriz e serão acompanhadas de iniciativas para motivação e capacitação dos profissionais de saúde e da consolidação do controle social.

(25) A incorporação dessas dimensões será estimulada com o estabelecimento de incentivos aos gestores correspondentes do SUS, às equipes de saúde e suas gerências, vinculados à implantação de novas práticas que elevem a satisfação do usuário por intermédio de ações e serviços resolutivos, humanizados e seguros, além de estimular a adoção de novas tecnologias que elevem a capacidade de gestão dos estados e municípios e desenvolvam uma efetiva capacidade de regulação, controle e avaliação dos sistemas.

(26) A promoção da qualificação deverá, a partir das dimensões assinaladas, atuar transversalmente ao conjunto de linhas de atenção à saúde programas e ações programadas.

(27) A definição e implementação de práticas voltadas à humanização da atenção à saúde configurarão medidas essenciais dessa diretriz, ao lado da inserção de tais práticas nos currículos de formação, mediante

integração efetiva com o MEC, bem como nos programas de capacitação promovidos no âmbito do Sistema.

(28) Por outro lado, deverá ser realizada de forma contínua a divulgação das práticas junto à população, como forma de participação e controle social, bem como a criação de instâncias preparadas para receber, encaminhar e responder eventuais críticas e sugestões dos usuários dos serviços e destinatários das ações.

(29) *Expansão e efetivação da atenção básica de saúde.*

(30) A expansão do acesso à atenção básica deverá ser baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial, em especial no âmbito municipal. Uma das estratégias prioritárias consistirá na ampliação das equipes de saúde família, às quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu trabalho.

(31) Para a efetivação da atenção básica, serão promovidas a implantação e a ampliação das equipes de saúde nos municípios por meio do estabelecimento de estratégias de indução que levem em consideração as suas diversidades, como porte populacional, densidade demográfica, fixação do profissional, entre outros. Constituirão também medidas estratégicas para tal a adequação e instalação de unidades básicas de saúde, ao lado da integração da atenção básica com os demais níveis da atenção.

(32) O fortalecimento da gestão descentralizada da atenção básica, o monitoramento e a avaliação desta atenção nos municípios, a capacidade e condições para a detecção precoce das doenças crônico-degenerativas, o atendimento assistencial básico, a estruturação da rede de serviços constituirão fatores essenciais à efetivação desse nível atenção.

(33) *Reorganização da atenção hospitalar.*

(34) Essa reorganização implicará o desenvolvimento de um processo contínuo destinado a consolidar, com a devida resolubilidade e qualidade, as medidas no âmbito da atenção hospitalar. Para tanto, uma medida estratégica será a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial.

(35) A redefinição do papel dos hospitais terá como alvo a articulação efetiva destas unidades assistenciais com os demais níveis da atenção, de modo a possibilitar a integralidade do atendimento e a construção da equidade na saúde. Nesse sentido, a definição do novo papel a ser desempenhado pelos hospitais levará em conta as suas respectivas vocações, representadas, entre outras características, pelo seu porte, a capacidade instalada, o conjunto de profissionais necessários e a população a que devem atender. Essa redefinição de papéis deverá considerar a estruturação da atenção hospitalar, com mudança da demanda espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade da rede de serviços, adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando sua forma de financiamento.

(36) A redefinição referida envolverá um conjunto de estratégias que conformarão a Política de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, a qual abarcará, consoante as suas especificidades, os hospitais federais do MS, os hospitais psiquiátricos do SUS – aí incluídos o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash/psiquiatria) e a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS –, os hospitais universitários e uma política específica para os hospitais de pequeno porte.

(37) Para a redefinição de papéis, serão utilizados como eixos norteadores, que servirão como elementos de sustentação e inter-relação entre todas as ações estratégicas desenvolvidas:

(38) ⇒ a garantia de acesso, entendida como ampliação de serviços;

(39) ⇒ a humanização da atenção, que se traduzirá na melhoria das condições gerais de atendimento, tanto para usuários quanto para profissionais;

(40) ⇒ a inserção na rede, promovendo a discussão dos gestores locais sobre as reais necessidades de saúde, da demanda de serviços e a efetiva condução e controle das ações.

(41) Na reforma preconizada, serão considerados como eixos norteadores:

(42) ⇒ a contratualização dos serviços, que determinará, de forma pactuada, a demanda, quantitativa e qualitativa, por serviços; obrigações e responsabilidades dos atores envolvidos; critérios e instrumentos de monitoramento, cumprimento de metas estabelecidas, avaliação de resultados e mecanismos de participação e controle social; e

(43) ⇒ os mecanismos de financiamento, prevendo a substituição dos modelos atuais de alocação de recursos no sentido de orçamentação e financiamento global.

(44) Finalmente, na condição de pressupostos essenciais, integrarão ainda o elenco de eixos acima identificados a descentralização e regionalização e a integração Interna e intersetorialidade, considerando as necessidades e potencialidades de saúde loco-regionais.

(45) A política específica para os hospitais de pequeno porte deverá adotar o critério de adesão voluntária e reunir potencial suficiente para qualificar e humanizar a assistência, a gestão e a descentralização, além de congregar elementos que fortaleçam o monitoramento, a avaliação, a regulação e os recursos empregados pelo SUS de modo a definir o papel de estabelecimentos de saúde que necessitam de 5 a 30 leitos, localizados em municípios com até 30.000 habitantes. Com isso, buscar-se-á, entre outros aspectos, incrementar um novo modelo de organização e financiamento para a adequada inserção desses hospitais na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolubilidade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade.

(46) A reorganização hospitalar preconizada compreenderá também a identificação e implementação de modalidades alternativas à atenção hospitalar, como internação domiciliar ou “hospital em casa”. Ao lado disso, estarão as medidas de apoio aos hospitais filantrópicos, vinculados aos SUS, envolvendo o

estabelecimento de critérios de qualidade da assistência e da gestão, bem como aos hospitais universitários, de forma a integrá-los efetivamente ao SUS.

(47) Entre as iniciativas que deverão ser empreendidas no esforço para essa reorganização estão ainda a reestruturação do sistema de informação hospitalar; a acreditação dos estabelecimentos de saúde da rede pública e privada; e a organização de rede de colaboração técnica entre serviços em saúde do SUS.

(48) Reorganização da atenção ambulatorial e do atendimento de urgências e emergências.

(49) Na perspectiva da articulação e complementaridade entre a atenção hospitalar e a atenção ambulatorial, uma das prioridades será a reestruturação do sistema de informação ambulatorial. Nesse sentido, também, buscar-se-á a estruturação de serviços de média complexidade que sejam complementares à atenção básica garantindo a sua resolubilidade e qualidade.

(50) Nessa reorganização, a regionalização da atenção especializada – média e alta complexidade – e a integração por linhas de cuidado e atenção a problemas de saúde, terão como objetivo a ampliação do acesso na atenção especializada.

(51) Na reestruturação da rede de atendimento às urgências e emergências, deverão ser providas as condições necessárias às ações compreendidas neste contexto, nestas incluídas o investimento e a capacitação de serviços de atendimento pré-hospitalar.

(52) Especificamente no tocante à atenção às urgências, proceder-se-á à leitura detalhada das necessidades sociais em saúde, a fim de identificar déficits de atenção perpetrados de iniquidades nas diferentes regiões do País. Dessa forma, sob o imperativo das necessidades humanas, serão elaborados projetos de atenção às urgências, de responsabilidade partilhada e pactuada entre governos municipais, estaduais e a União, que deverão contemplar os seguintes componentes fundamentais:

(53) 1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências clínicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, enfrentando-as por meio de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da participação e responsabilização de toda a sociedade;

(54) 2. organização de redes loco-regionais de atenção às urgências, que atuem como elos da cadeia de manutenção da vida, envolvendo todos os componentes da rede assistencial do SUS, a saber:

(55) a) componente pré-hospitalar fixo: composto pela atenção primária à saúde que, por intermédio das unidades básicas de saúde e da estratégia de saúde da família, deverá estar estruturado e capacitado para o atender das urgências de menor complexidade, principalmente as que ocorrerem na clientela sob sua adscrição, além de poder dar o primeiro atendimento ou suporte de vida a casos graves; rede de atenção especializada que deverá responsabilizar-se pelos pacientes em acompanhamento especializado, dando-lhes retaguarda qualificada em quadros de agudização, bem como acolher

prontamente para investigação e/ou seguimento os pacientes que sejam atendidos em serviços de urgência; rede de apoio diagnóstico e terapêutico e unidades não hospitalares de atendimento às urgências, que necessitam ser amplamente reestruturadas e qualificadas;

(56) b) componentes pré-hospitalares como alternativas a serem trabalhadas para a resolução da sobrecarga hospitalar nas urgências, aproximando a resposta dos usuários, por intermédio, entre outros, do:

(57) ⇒ desenvolvimento de capacidades de atendimento dos pacientes agudos nos serviços de atenção primária em saúde, bem assim das condições de trabalho (obras e equipamentos, capacitação dos serviços de pronto-atendimento 24 horas não-hospitalares no País);

(58) ⇒ introdução de modalidade inovadora de custeio para esses serviços (com cobertura de 50% do custeio com verbas federais, 25% com verbas estaduais e 25% municipais);

(59) ⇒ proteção e garantia do fluxo dos pacientes desde a atenção no local do evento urgente, incluindo a garantia de acesso aos serviços de urgência (via centrais de regulação médica de urgências), o acesso ao leito definitivo (via central de regulação médica de internações hospitalares) e coordenação da saída da atenção de urgência e de hospitalizações via centrais de regulação médica de consultas e exames especializados, agendamento nas unidades de atenção primária e nos serviços de assistência e transporte sociais;

(60) ⇒ organização de novas modalidades de atenção aos pacientes dependentes em “instituições de cuidados mínimos em saúde”, as quais, integradas com as equipes de APS e APHM, garantirão esta alternativa à permanência hospitalar prolongada;

(61) ⇒ organização e apoio a iniciativas de reabilitação comunitárias;

(62) ⇒ desenvolvimento de núcleos de educação às urgências, articulados aos pólos de educação permanente, visando ampliar a qualidade dos recursos humanos nas urgências e a sua profissionalização;

(63) ⇒ organização e operação de um sistema de informações em urgências, interligado ao sistema nacional de informações em saúde e com a instalação de softwares de gestão das centrais de regulação médica das urgências e a instalação de softwares de monitoramento das portas de urgência e de vigilância epidemiológica das urgências, além da instalação de observatórios sociais da saúde nas urgências;

(64) ⇒ utilização da telemedicina para dar suporte diagnóstico e orientações terapêuticas às regiões mais afastadas do País;

(65) ⇒ elaboração e implantação de um projeto nacional de qualificação, humanização e organização dos serviços de urgência, operando também um observatório nacional da atenção às urgências, capaz de monitorar a situação nacional e indicar formas articuladas de superação dos desafios do setor;

(66) ⇒ estímulo – visando uma maior efetividade social e profissionalização dos serviços – à análise econômica do setor das urgências e indicação de alternativas para o seu financiamento e remuneração, com o desenvolvimento da gestão profissional dos sistemas e serviços de urgência, por meio da formação de especialistas no setor;

(67) ⇒ financiamento de kits voltados ao atendimento em casos de desastres com veículos, comunicação e postos médicos avançados, para cidades com mais de 500 mil habitantes e capitais, e capacitação de agentes públicos para o manejo de situações desastrosas e prestação de primeiros auxílios;

(68) ⇒ desenvolvimento do Programa Nacional de Atenção à Dor e Cuidados Paliativos;

(69) ⇒ desenvolvimento de protocolos e padrões de qualidade na atenção às urgências nas áreas temáticas prioritárias: urgências pediátricas, ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas, vasculares, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, de queimados, traumáticas, toxicológicas, por afogamentos, cardiológicas, neurológicas e neurocirúrgicas;

(70) ⇒ integração do sistema de urgências na política nacional de atenção aos transplantes, aumentando a captação de órgãos e diminuindo as filas de espera;

(71) ⇒ organização de redes de cooperação técnica nacional e internacional para o desenvolvimento e qualificação da atenção às urgências,

(72) c) componente hospitalar: composto pelas portas de urgências de hospitais gerais ou especializados, de qualquer porte ou nível de complexidade, aí incluindo todos os leitos do Sistema (os gerais, os especializados, os de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva);

(73) d) componente pós-hospitalar: composto pelas várias modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação.

(74) 3. instalação e operação das centrais de regulação médica de urgências, que deverão atuar em íntima relação e integração com as demais unidades de trabalho do complexo regulador da assistência no SUS, promovendo fluxos qualificados de entrada e saída dos pacientes na rede de atenção às urgências;

(75) 4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os níveis da atenção, envolvendo todos os trabalhadores do setor;

(76) 5. orientação segundo os princípios de humanização da atenção.

(77) As medidas no contexto da atenção às urgências deverão considerar, necessariamente, a integralidade da atenção, que se traduza, por exemplo, na conclusão inequívoca de que calçadas precisam ser construídas e mantidas de modo a evitar-se quedas de idosos e crianças; que as ruas, praças e esquinas recebam iluminação adequada, para que se evitem violências e atropelamentos; que pessoas portadoras de hipertensão arterial, de diabetes sejam identificadas precocemente e acompanhadas rotineiramente, evitando-se infartos, acidentes vasculares cerebrais e perda da acuidade visual.

(78) Reorganização da atenção de alta complexidade.

(79) Nesse âmbito, a reorganização a ser procedida deverá ocorrer com base em uma nova conformação das redes estaduais e/ou regionais de atenção de alta complexidade, como citado anteriormente. Em relação à assistência cardiovascular e em traumatologia, compreenderá:

(80) ⇒ a determinação do seu papel na atenção à saúde;

(81) ⇒ o estabelecimento das qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

(82) ⇒ a atualização do sistema de credenciamento; e

(83) ⇒ a adequação dos procedimentos de alta complexidade, de alta tecnologia e de alto custo.

(84) A partir dessa nova conformação das redes estaduais e/ou municipais, deverão ser reformuladas as políticas de assistência cardiovascular e em traumatologia-ortopedia, cujo trabalho deverá mobilizar as sociedades científicas envolvidas. Serão objeto também de desenvolvimento e ou reformulação as políticas para as áreas de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial, nutrição enteral e parenteral, neurologia e cirurgia bariátrica.

(85) No tocante à assistência aos portadores de doença renal, a reformulação a ser procedida terá como prioridade a estruturação da rede de serviços regionalizada e hierarquizada em geral, para a qual será estabelecida, em particular, uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas das doenças renais. O propósito dessa linha será o de:

(86) ⇒ minimizar a incidência de complicações no curso natural da doença renal;

(87) ⇒ melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado em nefrologia; e

(88) ⇒ o acesso do paciente à terapia renal substitutiva.

(89) As medidas preconizadas, de forma conjunta com todos os atores envolvidos, conformarão a Política Nacional de Atenção aos Pacientes Portadores de Doença Renal. Essa Política visará também estimular a atenção integral aos portadores de patologias que, com maior frequência, levam à doença renal, mediante a implantação e implementação de medidas específicas de prevenção e controle. Ao lado disso, deverá ser promovido estudo de custo-efetividade da terapia renal substitutiva, por intermédio de parceria com instituições de ensino.

(90) *Implementação do Sistema Nacional de Transplantes.*

(91) A implementação do Sistema Nacional de Transplantes envolverá iniciativas destinadas a reduzir o número de pacientes inscritos em lista de espera e a estruturação da rede envolvida. Para responder ao primeiro propósito, deverão ser adotadas medidas que mobilizem e incentivem a população à doação de órgãos, incluindo-se aqui o estabelecimento de mecanismos que facilitem e simplifiquem estas doações.

(92) Na estruturação da rede integrante desse Sistema, deverão ser providos os meios aplicáveis à confirmação da morte encefálica, assim como o aparelhamento dos hospitais que realizam transplantes de órgãos e tecidos e a capacitação contínua dos profissionais envolvidos. Para o aperfeiçoamento contínuo desse Sistema, será estimulado o desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados a todos os aspectos envolvidos com o transplante de órgãos e tecidos.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(93) Garantir a qualificação da atenção básica em 80% das unidades de saúde da família.	2004-2007
(94) Ampliar para 35 mil o número de equipes de saúde da família.	2004-2007
(95) Implantar nos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes o Projeto de Expansão do Saúde da Família (Proesf).	2004
(96) Ampliar para 18 mil o número de equipes de saúde bucal, oferecendo a vacina contra a hepatite B para todos os profissionais componentes das ESB.	2004-2007
(97) Implantar 600 centros de especialidades odontológicas.	2004-2007
(98) Reduzir em cerca de 60% a cárie dentária mediante a implantação de cerca de 1200 sistemas de fluoretação da água.	2004-2007
(99) Distribuir, anualmente, 1,9 milhão de kits de higiene oral.	2004-2007
(100) Ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 mil procedimentos.	2004
(101) Designar 300 cidades como Cidades Protetoras da Vida pela OMS.	Até 2007
(102) Capacitar 2000 profissionais que atuam na área de transplantes.	2004-2007
(103) Aumentar em 30% o número de doações de órgãos (alcançando 765 doações) e oferecer os imunobiológicos especiais do Crie (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais), normatizados pelo Programa Nacional de Imunização para 100% dos transplantados e comunicantes domiciliares.	2004
(104) Aumentar em 60% o número de diagnósticos e notificações de morte encefálica (alcançando 1300 notificações de ME).	2004-2007
(105) Aumentar em 25% o número de transplantes realizados.	2004-2007
(106) Reduzir em 30% a lista de espera para transplantes de córnea.	2004-2007
(107) Qualificar 60 unidades hospitalares de urgência das regiões metropolitanas do País.	2004-2007
(108) Estruturar 110 serviços de atenção às urgências e emergências em municípios com mais de 100 mil habitantes.	2004
(109) Instalar em 287 centrais de regulação médica de urgência softwares de gestão e de monitoramento das portas de urgência e de vigilância epidemiológica das urgências.	
(110) Formar 600 especialistas em gestão de sistemas e serviços de urgência.	
(111) Criar 85 Núcleos de Educação às Urgências.	
(112) Implantar sistema de informações em urgências.	
(113) Equipar 20.000 serviços de atendimento de pronto socorro (APS).	
(114) Qualificar, material e funcionalmente, 1760 serviços de pronto atendimento não hospitalar.	
(115) Capacitar 52.800 trabalhadores em pronto atendimento	

não hospitalar, 200.000 em APS e 15.000 em pronto atendimento, bem como 150.000 trabalhadores das portas de entrada das urgências hospitalares.	
(116) Instalar e implementar a atenção pré-hospitalar móvel em 430 cidades.	
(117) Adquirir 1222 ambulâncias de suporte básico à vida e 420 ambulâncias de suporte avançado.	
(118) Implantar e implementar 287 centrais de regulação médica de urgências integradas ao complexo de regulação do SUS.	
(119) Reformar e equipar 961 serviços de urgências e emergências.	
(120) Habilitar 3.651 leitos adicionais de terapia intensiva (totalizando 17.688 leitos).	
(121) Criar 17.000 leitos de cuidados intermediários.	
(122) Habilitar 20.000 leitos em instituições de cuidados mínimos.	
(123) Organizar serviços de atenção domiciliar, com internação domiciliar para 10.000 pacientes.	
(124) Implantar 100 equipes especializadas em atenção domiciliar.	
(125) Publicar regulamentação técnica para normalizar o funcionamento de serviços de diálise.	2004

Objetivo

(126) Promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da atenção à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos custos e dos preços.

Diretrizes

(127) *Implantação de farmácias populares.*

(128) As farmácias populares serão destinadas à oferta de medicamentos a preços reduzidos e visarão promover o acesso da população aos produtos essenciais de que necessita. A instalação e o funcionamento dessas farmácias serão promovidos em estreita articulação com os laboratórios produtores oficiais, aos quais caberá o suprimento de medicamentos, selecionados segundo o perfil epidemiológico dos municípios respectivos. Além dos laboratórios oficiais já existentes, deverão ser buscados novos parceiros de modo a viabilizar a aquisição de unidades produtoras de medicamentos em processo de desativação.

(129) O processo de instalação das farmácias populares deverá ser desenvolvido segundo projeto específico para tal, contemplando a implantação gradativa destes estabelecimentos de forma a permitir as eventuais adequações que se fizerem necessárias. Nesse contexto ainda, uma outra iniciativa importante será o incremento da oferta de medicamentos aos usuários de planos de saúde a preços reduzidos, sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

(130) *Implementação da suficiência nacional em imunobiológicos, hemoderivados, fármacos e insumos estratégicos.*

(131) No tocante a imunobiológicos, serão intensificadas as medidas destinadas a promover a auto-suficiência na produção dos produtos considerados essenciais, bem como a disponibilidade de insumos, com a qualidade e nas quantidades adequadas às necessidades, sobretudo das ações de prevenção e controle de doenças e agravos. Tais medidas levarão em conta a importância do suprimento desses produtos a baixos custos e a redução da dependência de importações. Nesse âmbito ainda, será dada continuidade à estruturação da rede de frio de frio com a conclusão das centrais estaduais e a instalação de geladeiras em áreas remotas e de difícil acesso, utilizando a energia solar, dentro do Programa Luz Para Todos do Ministério de Minas e Energia, conforme protocolo de ações conjuntas já assinado pelos Ministros da Saúde e Minas e Energia.

(132) Em relação a fármacos, a prioridade será a definição e implementação de mecanismos destinados a fomentar a produção farmacêutica e de insumos estratégicos, principalmente mediante apoio e incentivo aos laboratórios oficiais. Também será promovida a modernização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS, nesta incluída a estruturação física dos estabelecimentos de saúde para o abastecimento, dispensação, estocagem, armazenagem, conservação e controle da qualidade dos medicamentos e outros insumos estratégicos.

(133) Quanto a hemoderivados, será concedida prioridade à estruturação de serviços de hemoterapia e à implantação de unidade de fracionamento do plasma. Deverão ser ampliadas e ou aperfeiçoadas as ações destinadas a assegurar a qualidade e a auto-suficiência de sangue, componentes e derivados sangüíneos, de modo a garantir a assistência aos portadores de doenças de coagulação sangüínea e de hemoglobinopatias.

(134) No tocante a insumos estratégicos, será fomentado o desenvolvimento de tecnologia nacional com impacto no ciclo do sangue e na segurança transfusional, visando a redução da dependência de importação e a apropriação de tecnologias de alta relevância para a hemoterapia. Ao lado disso, deverão ser promovidos estudos da qualidade dos procedimentos de diálise.

(135) Ampliação das ações de regulação de mercado.

(136) A ampliação das ações de regulação de mercado será feita mediante o estabelecimento de novos convênios com órgãos de defesa do consumidor (Procons) e a Anvisa, os quais objetivam o desenvolvimento de ações conjuntas, voltadas a informar, prevenir e defender os consumidores, ante as peculiaridades do comércio brasileiro de medicamentos, e o desenvolvimento do monitoramento do mercado farmacêutico da região.

(137) No âmbito desses convênios, serão desenvolvidos seminários, palestras, material informativo e pesquisas regulares em farmácias e drogarias com o intuito de:

(138) ⇒ verificar a disponibilidade de medicamentos oferecidos ao consumidor;

(139) ⇒ diagnosticar o motivo pelo qual tais produtos estão ou não sendo ofertados no mercado;

(140) ⇒ atestar a presença do farmacêutico no estabelecimento;

(141) ⇒ verificar o percentual de adequação dos pontos de dispensação à legislação que trata sobre os preços de medicamentos ao consumidor.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(142) Implantar e prover a manutenção de 430 farmácias populares, ofertando medicamentos a preços reduzidos para cerca de 4 milhões de pessoas.	2004-2007
(143) Prestar apoio financeiro a 10 laboratórios públicos produtores de imunobiológicos essenciais.	2004
(144) Promover o fomento à produção farmacêutica e de insumos estratégicos mediante apoio a 19 projetos.	2004
(145) Implantar a fábrica de fracionamento do plasma.	2004-2007
(146) Estruturar 862 serviços de hemoterapia, de modo a fomentar o desenvolvimento de tecnologia nacional com impacto no ciclo de produção de hemocomponentes e na segurança transfusional.	2004-2007

(147) Implantar o programa de anemia falciforme nas 27 unidades federadas de forma plena.	2004-2007
(148) Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica.	2004-2007
(149) Renovar 3/5 dos registros de medicamentos similares das classes terapêuticas – antibióticos, antineoplásicos e antiretrovirais – com base na comprovação de testes de biodisponibilidade relativa.	2004-2007
(150) Proceder à análise fiscal de 17,60% das especialidades de medicamentos disponíveis para o consumo, em convênio com os laboratórios oficiais.	2004-2007
(151) Criar uma base de informações para gerar conhecimento sobre regulamentação de autorização de funcionamento de empresas, registro, importação e exportação de medicamentos.	2004-2007
(152) Implantar Sistema de Bula Eletrônica, com consulta de informações via internet de 11.000 apresentações de medicamentos comercializados.	2004-2007
(153) Celebrar oito novos convênios com Procons estaduais.	2004-2007

II.2. Em relação às condições de saúde

Objetivo

(154) Fortalecer a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, nas três esferas de governo, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.

Objetivo

(155) Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades locais e regionais – em particular a região Amazônica –, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

Diretrizes

(156) Estruturação da vigilância ambiental em saúde no SUS

(157) Na estruturação da área de vigilância ambiental em saúde no SUS, será dada continuidade ao desenvolvimento de subsistemas, de modo a viabilizar a introdução de mecanismos de vigilância em saúde relacionados à água para consumo humano, contaminantes do ar, áreas de solo contaminado, substâncias químicas de interesse para a saúde pública, aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

(158) Para consolidação dos avanços da vigilância ambiental em saúde (VAS), deverá ser concretizada uma Política Nacional de Saúde Ambiental (PNSA) que sirva de referência para o desenvolvimento das atividades da VAS e o incentivo para sua estruturação em todos os estados brasileiros, considerando os preceitos do SUS.

(159) Na ampliação e consolidação dos diversos subsistemas da VAS, serão considerados como seus integrantes a definição do modelo de atuação no âmbito da PNSA e o desenvolvimento de sistemas de informação para atender aos seus objetivos preconizados, bem como a definição de áreas de pilotos para teste.

(160) Prevenção e controle das doenças imunopreveníveis.

(161) As iniciativas em relação à prevenção e controle das doenças imunopreveníveis incluirão a produção, distribuição e vacinação da população, garantindo a oferta de produtos com qualidade à população. Isso implicará a atuação da autoridade regulatória e a garantia de manutenção de uma adequada rede de frio para conservação dos imunobiológicos. Será necessária também a

manutenção de um sistema de vigilância epidemiológica sensível e oportuno, que assegure a detecção e investigação de todos os casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, bem como a adoção das medidas de controle pertinentes.

(162) *Prevenção e controle da malária, da dengue e outras doenças transmitidas por vetores.*

(163) Especial atenção deverá ser dada à vigilância, prevenção e controle dessas doenças, cujo trabalho procurará envolver diferentes segmentos sociais. Em relação à malária, a Amazônia configurará prioridade de ação, haja vista a concentração da incidência nesta região. A detecção – em menos de 24 horas após o início dos sintomas – e o tratamento adequado dos casos, ao lado da capacitação dos profissionais, o controle seletivo de vetores e o suprimento adequado dos insumos necessários ao trabalho de campo serão medidas essenciais.

(164) Quanto à dengue, a mobilização nacional e a intensificação das ações intersetoriais no combate ao mosquito terão continuidade e serão ampliadas, devendo ser identificados novos mecanismos que possibilitem manter, sobretudo nas áreas de risco, a população participativa e alerta. A capacitação dos profissionais, em especial para o pronto diagnóstico e tratamento adequado, também será reforçada.

(165) No tocante à leishmaniose visceral – calazar –, será dada continuidade aos esforços visando a revisão do programa respectivo, tanto no que se refere às normas técnicas de controle, quanto na capacitação dos profissionais para o diagnóstico e tratamento adequados, além da melhor organização da rede.

(166) *Prevenção e controle da Aids e outras doenças sexualmente transmitidas.*

(167) As principais medidas na prevenção e controle da Aids/DST compreenderão a vigilância epidemiológica das DST e do HIV; a atenção à saúde das pessoas com HIV/Aids e outras DST; o tratamento dos portadores, com o fornecimento dos medicamentos; a promoção da saúde e das práticas seguras de prevenção; a ampliação do controle de qualidade externo dos testes laboratoriais em imuno-hematologia e sorologia; e a produção de conhecimento e informações estratégicas, além da proteção dos direitos humanos das pessoas vivendo com DST/HIV/Aids.

(168) Serão também mantidas e consolidadas as parcerias com organizações governamentais e não governamentais e fortalecidas as negociações visando assegurar menor preço dos medicamentos necessários ao tratamento dos portadores da doença. Terão continuidade as campanhas de comunicação social e os demais processos informativos destinados à prevenção das DST e do HIV/Aids.

(169) Além disso, deverão ser aperfeiçoadas e desenvolvidas metodologias para o controle de qualidade dos kits destinados a diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis, bem como fortalecidas parcerias para o desenvolvimento e a fabricação de kits diagnósticos para HIV e doenças

sexualmente transmissíveis, incluindo HPV, sífilis e hepatites, com vistas a baratear custos para o sistema de saúde.

(170) Controle da tuberculose e eliminação da hanseníase.

(171) A redução da morbidade por essas doenças configurará o alvo das medidas a serem adotadas. No tocante à hanseníase, o propósito será o alcance de níveis de prevalência compatíveis com eliminação como problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10 mil habitantes) e a manutenção desta condição. Entre as estratégias para tal, estão o diagnóstico dos casos novos esperados e o tratamento dos doentes – com a diminuição de forma constante do abandono do tratamento –, o incremento crescente das altas por cura e o acompanhamento efetivo de todos os casos. Além disso, deverão ser assegurados o suprimento contínuo dos medicamentos, inclusive dos anti-reacionais, e a vacinação dos comunicantes domiciliares com a vacina BCG.

(172) Em relação à tuberculose, as medidas visarão interromper a cadeia de transmissão, por meio da detecção precoce dos casos, o tratamento e a cura dos doentes, incrementando também a redução da taxa de abandono, bem como a proteção dos sadios. Para tanto, serão capacitados os profissionais da rede básica de saúde em ações de vigilância e controle, e expandido o diagnóstico laboratorial da doença, bem como atualizados e mantidos os bancos de dados relativos à notificação e acompanhamento dos casos.

(173) A estratégia para a viabilização dessas e demais medidas dirigidas ao controle da tuberculose e à eliminação da hanseníase deverá ser a descentralização das ações para todas as unidades básicas de saúde dos municípios prioritários; a mobilização permanente dos estados e municípios; e a divulgação sistemática dos sinais e sintomas destas doenças junto à população, notadamente aquela residente nos municípios de maior risco e considerados prioritários.

(174) Prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis

(175) O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais doenças não transmissíveis – hipertensão arterial, diabetes, doenças coronarianas e cerebrovasculares, cânceres, doenças respiratórias e doenças músculo-esqueléticas – constituirá uma das prioridades. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física. Os resultados do I Inquérito Nacional sobre Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis serão os primeiros passos para o estabelecimento de um sistema de monitoramento desses fatores.

(176) Para tanto, deverão ser definidos indicadores comuns para monitorar o impacto das políticas e ações de prevenção e controle dessas doenças no País, tanto nas esferas nacional, quanto estadual e municipal. O apoio e implementação das recomendações contidas na Estratégia Global para a Alimentação, Atividade Física e Saúde e da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo da OMS também configurarão iniciativas fundamentais do trabalho.

(177) No tocante especificamente ao câncer, uma das estratégias prioritárias consistirá na criação da Rede de Atenção Oncológica, destinada a promover a articulação dos diferentes níveis de conhecimento, em âmbito local, nacional e internacional, gerando soluções para o melhor enfrentamento do problema da doença no Brasil, tendo com princípio “pensar globalmente e atuar localmente”.

(178) Nesse sentido, deverão ser incrementadas:

(179) ⇒ a conformação do pensamento estratégico da Rede de Atenção Oncológica com participação de organizações governamentais e não governamentais por intermédio de encontros macrorregionais com Secretários Estaduais e Municipais de Saúde para discussão desta Rede e de encontro nacional técnico-político envolvendo organizações governamentais e não governamentais;

(180) ⇒ a reorganização e expansão da rede de alta complexidade no tratamento do câncer, incluindo a implantação de novos serviços (Cacons);

(181) ⇒ a avaliação tecnológica visando à incorporação crítica de equipamentos, produtos e processos, por gestores, prestadores e profissionais no âmbito do SUS, com melhor relação custo-efetividade;

(182) ⇒ a descentralização dos programas de formação oncológica para estados e municípios, por intermédio dos pólos de capacitação;

(183) ⇒ o apoio à estruturação das informações em câncer para o fortalecimento do sistema de vigilância em saúde do Ministério da Saúde;

(184) ⇒ a estruturação e integração das ações de pesquisa oncológica;

(185) ⇒ o controle das diferentes formas de divulgação e publicidade dos produtos derivados do tabaco, principalmente aquelas destinadas aos mais jovens;

(186) ⇒ a redução gradativa da exposição humana aos componentes tóxicos presentes na fumaça gerada pelo tabaco;

(187) ⇒ o incentivo (intensificação) da formação de redes de voluntariado;

(188) ⇒ a promoção da gestão do conhecimento em prevenção e controle de câncer, incorporando setores da sociedade organizada, da iniciativa privada e Ongs no processo.

(189) Paralelamente a essas medidas, será dada continuidade ao Programa de Controle do Tabagismo e Outros fatores Risco de Câncer, voltado à prevenção mediante ações nas áreas de educação, legislação e economia que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas no País. Nesse sentido, deverão ser intensificadas ações para sensibilizar e informar a comunidade e as lideranças em geral sobre o assunto e apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação de fumar. por intermédio da capacitação de profissionais de saúde.

(190) Ao lado disso, serão envidados esforços no sentido de prestar apoio técnico aos membros do Congresso Nacional sobre processos e projetos de lei relacionados ao tema, além do monitoramento da legislação pertinente e a disseminação de informação sobre os malefícios do tabaco e outros fatores de risco, incluindo o de câncer, aos parlamentares.

(191) Considerando, sob o ponto de vista da economia, a importância de se dispor de uma legislação forte, sobretudo no que tange as políticas tributária e agrícola, esse Programa buscará fortalecer a articulação com outros setores do governo, visando a identificação de culturas alternativas para substituir o plantio do tabaco, que possam garantir a manutenção de renda dos agricultores envolvidos. Buscar-se-á também ratificar a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde e implementar as orientações nele contidas, de redução da demanda e da oferta do tabaco.

(192) Por outro lado, para impedir o avanço do câncer do colo de útero no Brasil, deverão ser fortalecidas as ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que incluem o diagnóstico precoce e o exame Papanicolaou e garantem o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras para 100% dos casos. A prevenção primária do câncer do colo do útero continuará a focar a necessidade da prática de sexo seguro, a fim de evitar o contágio com o HPV, principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Já a prevenção secundária, que resulta na detecção precoce da doença, priorizará a realização do exame Papanicolaou.

(193) Em relação ao câncer de mama, e com intuito de detectar as lesões malignas mediante o incremento das ações de atenção básica de saúde, será intensificada a realização do exame clínico da mama para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, anualmente. Compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, esse procedimento deverá ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária. Também deverá ser promovido o rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames e o exame clínico da mama, bem como mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

(194) A prevenção e o controle de infecções em serviços de saúde serão feitos com o desenvolvimento de ações de capacitação e monitoramento das ocorrências de infecções em serviços de saúde, pela implementação do sistema Sinais (Sistema Nacional de Informação para Controle de Infecções em Serviços de Saúde). Esse sistema servirá como instrumento de orientação para implantação das ações que visam diminuir a incidência e gravidade de infecções em serviços de saúde e para a medição da eficácia dessas ações.

(195) Também, com o sistema Sinais, será possível a realização de análise do perfil de sensibilidade de todos os microrganismos identificados e testados por unidade hospitalar, por município, por estado ou do País. Com isso, deverá ser implementado programa para orientar o uso racional de antibióticos.

(196) Prevenção e controle de acidentes e violência

(197) Para responder ao aumento da morbidade e mortalidade por acidentes e violências, terá continuidade o desenvolvimento de estratégias de articulação com setores extra e intraministeriais para a prevenção destes agravos.

(198) Nesse sentido, o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no País, iniciado em 2003, cujo objetivo principal é o fortalecimento da vigilância epidemiológica nas secretarias municipais, com ênfase na melhoria e análise das informações e a realização de atividades intersetoriais de prevenção e capacitação de técnicos para atuarem nesta área, deverá abranger as grandes capitais. Além disso, serão capacitados técnicos das três esferas do SUS para atuarem na vigilância de acidentes e violências e como multiplicadores das ferramentas e técnicas aprendidas.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(199) Implantar um Sistema de Informação de Vigilância Ambiental em Saúde sobre contaminação de solo (Sissolo) nas 27 UF.	2004-2007
(200) Implementar o Subsistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à qualidade da água para consumo humano (Vigiagua) nas 27 UF.	2004-2007
(201) Distribuir, anualmente, cerca de 230 milhões doses de imunobiológicos para a prevenção e o controle de doenças.	2004-2007
(202) Manter erradicada a transmissão da poliomielite no País.	2004-2007
(203) Evitar a ocorrência de casos de sarampo.	2004-2007
(204) Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas contra pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, bem como 90% para BCG, e 100% para febre amarela.	2004-2007
(205) Reduzir em pelo menos 50% a incidência da malária.	2004-2007
(206) Reduzir em 50% os casos de dengue no País.	2004-2007
(207) Reduzir o número de casos de Aids de 15 para 10/100 mil habitantes/ano.	2006
(208) Dobrar o quantitativo de preservativos colocados à disposição no País, passando de 550 mil para 1,2 milhão (somatório dos distribuídos e comercializados).	2006
(209) Aumentar em 1,5 vezes o número de exames realizados/ano para o diagnóstico do HIV.	2006
(210) Realizar 100% de tratamento para gestantes HIV positivo identificadas.	2006
(211) Reduzir em 30% o índice de mortalidade por Aids.	2006
(212) Implantar teste de ácido nucléico para HIV e HCV no sangue coletado.	2004-2007
(213) Publicar nova regulamentação relacionada ao controle de qualidade de produtos destinados à detecção de doenças sexualmente transmissíveis.	2004-2007
(214) Reduzir a prevalência da hanseníase em 30% (hoje em torno de 75 mil doentes).	

(215) Diagnosticar 100% dos casos novos esperados de hanseníase e reduzir em pelo menos 25% a taxa de abandono (atualmente em 12%).	
(216) Curar pelo menos 85% dos casos detectados de tuberculose.	2004-2007
(217) Detectar pelo menos 70% dos casos estimados de tuberculose.	2004
(218) Reorganizar a atenção no âmbito do câncer de colo do útero visando atingir a cobertura de 60% das mulheres de 25 a 59 anos de idade e tratar 100% das mulheres com exame alterado.	Até 2007
(219) Implantar o rastreamento populacional mamográfico oportunístico do câncer de mama, com periodicidade bianual, para as mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Até 2007
(220) Implementar o Programa de Controle do Tabagismo e Outros fatores de Risco de Câncer nas 27 unidades federadas.	2004-2007
(221) Ratificar a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco.	2004-2007
(222) Construir um laboratório oficial para análise e pesquisa dos produtos derivados do tabaco, integrado à rede de Lacen, com vistas à realização de análises fiscais e de controle e pesquisas relacionadas à exposição aos derivados do tabaco.	2004-2007
(223) Implantar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis nas 27 SES e SMS das capitais.	2004-2007
(224) Realizar inquérito nacional de fatores de risco comportamentais em escolares.	2004-2007
(225) Expandir a implantação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito para 10 capitais”.	2004-2007
(226) Uniformizar e padronizar indicadores de infecção hospitalar, bem como coletar dados para sua medição e acompanhamento.	2004-2007
(227) Monitorar, via sistema Sinais e dados epidemiológicos sobre infecções hospitalares, a resistência bacteriana aos antimicrobianos.	2004-2007

Objetivo

(228) Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis – em especial os povos indígenas –, de portadores de patologias e deficiências, mediante a adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida.

Objetivo

(229) Integrar a rede do SUS de forma intersetorial e transversal, aproveitando a capilaridade desta rede para apoiar o Fome Zero e outros programas do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e de outros Ministérios.

Diretrizes**(230) *Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra.***

(231) A atuação do SUS nesse âmbito buscará contribuir para a redução das desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira, na conformidade da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Seppir (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Para tanto, serão definidas as iniciativas de longo, médio e curto prazos, além do atendimento das demandas mais imediatas, mediante principalmente o estabelecimento de ações afirmativas em saúde. Nesse particular, especial atenção será dada para as mulheres e a juventude negras, garantindo o acesso e a permanência destes públicos na área da saúde.

(232) A atenção à saúde da população negra irá requerer a capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e agravos que são decorrentes da raça negra ou que sobre ela incidem com maior severidade. Nesse contexto, destaca-se a anemia falciforme, cujo programa será revisto, visando o seu fortalecimento e implementação em todos os serviços do SUS, contemplando também a vacinação contra o Haemophilus influenza tipo B. Deverá ser aperfeiçoado o acesso das comunidades quilombolas ao conjunto das ações de saúde, em especial aquelas relacionadas às doenças imunopreveníveis.

(233) Por outro lado, deverá ser assegurada a efetiva participação de representações dessa população no planejamento das ações e no seu monitoramento, consolidada a integração com outras áreas do governo que atuam nessa área e estabelecida articulação contínua com organizações não governamentais envolvidas com as questões da raça negra. Além disso, serão promovidos estudos que subsidiem o aperfeiçoamento da atenção à saúde ou forneçam respostas às questões relacionadas à saúde da população negra. Para tanto, uma medida relevante consistirá na inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

(234) *Promoção da saúde da população indígena segundo as suas especificidades.*

(235) A estruturação e operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas configurarão medidas prioritárias a partir dos quais será organizada a atenção integral à saúde desta população, tendo em conta as suas especificidades e cultura.

(236) Com o objetivo de evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas e dos processos de trabalho na prestação dos serviços de atenção à saúde indígena, serão incorporadas a estes a gestão de riscos sanitários de acordo com as suas peculiaridades. Serão também promovidas capacitações específicas em vigilância sanitária, que possibilitem os profissionais atuarem na orientação do consumo de produtos de saúde (medicamentos, alimentos etc.), contemplando as particularidades da saúde dos índios.

(237) As ações destinadas à prevenção e ao controle das doenças prevalentes, como a tuberculose, deverão ser objeto de atenção especial, bem como a universalização da cobertura vacinal das crianças menores de cinco anos de idade, ao lado de outras medidas específicas com vistas à redução da mortalidade infantil.

(238) Configurarão prioridades também a capacitação dos profissionais de saúde que atuam junto a essas populações e a adoção de medidas que evitem a rotatividade destes profissionais, mediante, por exemplo, a criação de incentivo específico.

(239) *Adoção de linhas de cuidado na atenção integral à saúde da criança.*

(240) As linhas de cuidado integrarão a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que deverá reunir o conjunto de medidas voltadas à organização da atenção à saúde deste grupo nos estados e municípios. Além de linhas de cuidado, essa Agenda buscará sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a necessidade de transformar o olhar dirigido ao indivíduo, de modo que ele seja compreendido em sua dimensão total e única. Dessa forma, articulara os níveis de atenção em saúde deverão ser implementados de forma articulada, visando garantir a continuidade do cuidado, incluindo a promoção, a prevenção, a assistência e a recuperação da saúde e, ainda, vencer o desafio de reduzir os índices de mortalidade infantil no Brasil.

(241) Nessa visão ampla e organizada, as linhas de cuidado compreenderão desde ações dirigidas à saúde da mulher e ao recém-nascido de baixo e alto risco, até ações que visem à prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil, envolvendo também a atenção à saúde bucal e mental e à criança portadora de deficiência. Apesar da abrangência e considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no País, a Agenda definirá algumas linhas de cuidado prioritárias nas ações de saúde voltadas às crianças, a saber:

(242) ⇒ promoção do nascimento saudável;

(243) ⇒ acompanhamento do recém-nascido de risco;

(244) ⇒ acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização;

(245) ⇒ promoção do aleitamento materno e alimentação saudável – atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais;

(246) ⇒ abordagem das doenças respiratórias e infecciosas;

(247) ⇒ vigilância à saúde e aos serviços de saúde e vigilância do óbito;

(248) ⇒ manutenção de altas coberturas vacinais em todos os municípios brasileiros, além da incorporação de novas vacinas.

(249) No que se refere à prevenção e controle de risco sanitário em serviços de saúde, com foco na atenção materna e neonatal, deverá ser desenvolvido um programa destinado a contribuir para a redução da mortalidade infantil neonatal, com enfoque nas ações de monitoramento, inspeção, investigação e melhoria da qualidade da atenção. Essas ações buscarão avaliar os indicadores obtidos a partir do projeto mortalidade materna e infantil nos hospitais brasileiros, selecionar grupos de serviços por risco, realizar inspeções por grupo de risco, monitorar eventos adversos graves, por meio da implantação do sistema de notificação de eventos adversos graves (EAG).

(250) Todas as ações dessas linhas prioritárias reforçarão processos inerentes a duas grandes metas de impacto: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade neonatal, em especial, tendo como pressuposto básico a diminuição das desigualdades de raça existentes e que são evidenciadas pelos coeficientes diferenciados entre crianças negras e brancas.

(251) *Promoção da saúde da adolescente e jovem de forma articulada com outras políticas intersetoriais.*

(252) Na atenção ao adolescente e ao jovem, ao setor saúde caberá organizar serviços, que atendam às características específicas deste grupo populacional, principalmente no âmbito da atenção básica, que possam realizar ações de promoção da saúde, bem como de prevenção e tratamento da drogadição, da saúde mental e das infecções sexualmente transmissíveis, HIV e Aids, prevenção da gravidez na adolescência, redução da morbimortalidade por causas externas e vacinação, ao lado de uma assistência de qualidade para a saúde sexual e reprodutiva que atenda às características específicas deste grupo populacional e as suas necessidades de contracepção e de esclarecimento e informação sobre saúde dos adolescentes e jovens. Isso exigirá também a articulação de ações intersetoriais que facilitem o acesso desses jovens a serviços de atenção integral a que têm direito, assim como a estimulação da participação juvenil com vistas à adoção de estilos de vida saudáveis e à promoção da qualidade de vida.

(253) Caberá também instituir, reordenar e qualificar o atendimento na rede do SUS a adolescentes e jovens que (i) vivem em situação na/da rua, (ii) estão em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade, em acampamentos rurais, em aldeias indígenas e em quilombos (iii) portadores de deficiência e portadores de transtornos psíquicos, vítimas de violência intra-familiar e agressores.

(254) Tendo em vista as características e especificidades dessa população, será promovida a educação permanente dos profissionais de saúde para uma atenção integral, com a incorporação das boas práticas no atendimento. Ao lado disso, será implantado o Calendário de Vacinação do Adolescente, instituído pela Portaria Ministerial Nº 597, de 8 de abril de 2004.

(255) Uma iniciativa importante na atenção a esse segmento diz respeito à promoção de políticas públicas articuladas que atendam às demandas da população de adultos jovens, como, entre outras: a inserção no mercado de trabalho; a viabilidade econômica e social para que os projetos de futuro deste grupo se realizem e possam alcançar competência pessoal e social e qualidade de vida.

(256) *Promoção da atenção integral à saúde da mulher.*

(257) A política nacional de atenção integral à saúde da mulher será desenvolvida em profunda articulação intra e intersetorial. Ampliando o leque de ações implementadas até o momento, serão contempladas aquelas relacionadas à atenção a mulheres idosas; mulheres no climatério; mulheres negras; mulheres indígenas; mulheres portadoras de deficiências; mulheres em situação de prisão; à saúde mental; mulheres lésbicas; mulheres trabalhadoras, com destaque para as mulheres residentes no campo. Para todo esse segmento, deverão ser aperfeiçoadas as estratégias para vacinação contra a difteria, tétano, sarampo e rubéola.

(258) Um dos principais alvos será a redução da mortalidade materna, mediante a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. Nesse âmbito, estão incluídas as medidas destinadas a assegurar à gestante o direito ao acompanhamento antes, durante e depois do parto, incluindo alojamento conjunto. Uma das estratégias para a redução da mortalidade materna consistirá na implantação de comitês de estudo e prevenção deste evento (acompanhamento) em todos os municípios com população acima de 50 mil habitantes. Será promovida também a capacitação intensiva dos profissionais, de modo a prover a adequada atenção obstétrica e neonatal, com a definição e implementação de práticas de atendimento e de humanização específicas. Será objeto de atenção também o estímulo à implementação do planejamento familiar, com a oferta dos meios para tal.

(259) *Promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida.*

(260) Na atenção ao idoso, deverão ser enfatizadas as iniciativas dirigidas à proteção, manutenção e recuperação de sua capacidade funcional, incluindo medidas visando a promoção da qualidade de vida, um envelhecimento saudável e ativo, para que o idoso permaneça junto a sua família e comunidade o maior tempo possível, com autonomia e independência. Uma das estratégias consistirá na promoção da saúde e na prevenção de agravos, com especial relevância à vacinação deste segmento etário, destacando-se a vacinação contra Influenza para todas as pessoas de 60 anos e mais de idade e contra pneumococos para os que estejam hospitalizados ou em abrigos, por intermédio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Será implantado também o Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso, instituído pela Portaria Ministerial Nº 597, de 8 de abril de 2004.

(261) Uma outra prioridade serão as ações voltadas ao tratamento e reabilitação de seqüelas decorrentes de doenças crônicas, por intermédio de protocolos específicos e com fortalecimento de modelos alternativos de atenção aos idosos – entre os quais destacam-se as estratégias de atendimento domiciliar, hospital-dia e centro-dia –, bem como o fortalecimento da atenção em serviços de reabilitação, com orientação de profissionais qualificados na área de geriatria e gerontologia. Deverá ser promovida também a capacitação intensiva de profissionais de saúde da rede do SUS, com ênfase na atenção básica e nos serviços de urgência e emergência, de modo a prover um atendimento geriátrico e gerontológico adequado.

(262) No conjunto de medidas destinadas à saúde do idoso, serão igualmente enfatizadas as medidas voltadas à ampliação da rede de suporte social, devidamente articulada com os diferentes setores governamentais e não governamentais. Entre esses, está o programa nacional de cuidadores de idoso, que possibilitará um maior suporte aos familiares dos idosos dependentes e como forma de detectar maus-tratos e violência sofridos por este segmento etário na sociedade.

(263) Na atenção a esse segmento populacional ainda, será relevante a implantação e credenciamento de centros colaboradores, voltados para pesquisa, validação de protocolos, testagem de modelos, capacitação de profissionais da área da saúde do idoso, produção e socialização de conhecimento geronto-geriátrico. Os profissionais da rede do SUS, em especial, deverão receber capacitação específica para cuidados paliativos ao final da vida, com enfoque na humanização da atenção.

(264) Os idosos residentes e acolhidos em instituições de longa permanência, conveniadas com o setor público, preferencialmente, terão garantidos a sua atenção à saúde, por intermédio da atenção básica com fluxo de referência aos diversos níveis de complexidade. Para esses idosos residentes em instituições de longa permanência – que constituem a parcela mais frágil e vulnerável deste segmento –, na conformidade das medidas aqui preconizadas, serão alvo de iniciativas específicas para a produção de pesquisas e para levantamento do perfil epidemiológico da população idosa, envolvendo o conhecimento das peculiaridades deste grupo nas diferentes macrorregiões brasileiras. Essa estratégia possibilitará uma aproximação da realidade, visando assim o planejamento das ações segundo a especificidade da população de cada região.

(265) Considerando a complexidade e multidisciplinaridade das questões atinentes à saúde desse segmento populacional, serão enfatizadas ações desenvolvidas em parceria com outros setores, governamentais ou não, que compõem a rede de suporte social do indivíduo idoso. No âmbito governamental, merecerão destaque: o Programa Nacional de Cuidadores, o Plano Integrado de Ações da Política Nacional do Idoso (PNI) e a elaboração de uma cartilha de operacionalização do Estatuto do idoso, desenvolvidos em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, responsável pela coordenação da referida Política; a regulamentação do funcionamento das instituições de longa permanência; e a participação no Programa de Combate à Violência e Maus-Tratos contra Idosos, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Fora do setor público, serão realizadas parcerias visando cooperação técnica com diferentes

instituições, como a Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares; a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; e Associação Nacional de Gerontologia.

(266) *Promoção da saúde do trabalhador com melhoria das condições de vida e da atenção à saúde.*

(267) No conjunto das medidas voltadas à saúde do trabalhador, especial ênfase será dada à prevenção de riscos e à promoção da qualidade de vida no trabalho, entre as quais destacam-se a vigilância sanitária e ambiental dos processos de trabalho, assim como a vigilância epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho. Para esse segmento, deverão ser aperfeiçoadas as estratégias para a vacinação contra difteria, tétano, sarampo e rubéola.

(268) A atenção à saúde do trabalhador – a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a assistência e a reabilitação – será prestada sobretudo com o apoio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast –, que deverá ser expandida e estará devidamente articulada aos demais serviços do SUS, por meio da implementação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), que atuarão de forma articulada com a atenção básica e unidades sentinelas para o atendimento e registro de acidentes e doenças do trabalho. Os profissionais do SUS deverão receber capacitação específica para o atendimento do trabalhador, de modo a detectar de forma precoce doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como deflagrar as medidas preventivas necessárias.

(269) Os CRSTs atuarão em sua área de cobertura de forma a articular a atenção básica, assim como os serviços ambulatoriais e hospitalares, de referências local e regional, para o atendimento e o registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estes últimos denominados unidades sentinelas em saúde do trabalhador. Os procedimentos para a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, nessa rede sentinela deverão observar o disposto na Portaria MS Nº 777, de 28/4/2004.

(270) O desenvolvimento de ações de caráter intersetorial, envolvendo, além do Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e Emprego, o da Previdência Social, entre outros, constituirá uma estratégia vital para a promoção de impacto positivo sobre a situação de morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho, assim como para a melhoria das condições de vida no trabalho.

(271) O controle social das ações de governo em saúde do trabalhador será aprimorado, enquanto a avaliação social da política de governo em implantação para essa área dar-se-á na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a ser realizada em julho de 2005, convocada interministerialmente pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social (Portaria nº 774, de 28 de abril de 2004).

(272) *Consolidação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.*

(273) Na promoção da saúde da pessoa portadora de deficiência, a principal linha de atuação será a consolidação das redes estaduais de reabilitação, de forma descentralizada e hierarquizada, visando reabilitar a

capacidade funcional desta pessoa e contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social. Uma outra estratégia prioritária consistirá no atendimento à população portadora de deficiência na atenção básica, buscando principalmente a qualidade de vida e a acessibilidade deste segmento aos bens de uso comum a toda população.

(274) Para a implementação dessas iniciativas, será fundamental o desenvolvimento de programas de capacitação de recursos humanos, tanto no ponto de vista gerencial quanto na formação de profissionais de saúde para atuarem nas equipes matriciais e na estratégia de saúde da família. Até 2007, deverão estar atuando 270 equipes matriciais, devidamente capacitadas para o acompanhamento das pessoas portadoras de deficiência. Tais estratégias de prevenção são fundamentais para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes., tendo em vista que 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas.

(275) Ao lado dessas iniciativas, deverão ser implementadas também a veiculação de campanhas nacionais sobre a prevenção de deficiências e a implantação de 540 unidades de reabilitação para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência motora, visual, auditiva e mental.

(276) *Implementação da atenção à saúde da população prisional.*

(277) A implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário será viabilizada mediante a organização de ações e serviços de atenção básica à saúde no âmbito das unidades prisionais masculinas, femininas, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, bem como manicômios judiciais, de modo a possibilitar a inclusão desta população no SUS.

(278) As ações de vigilância sanitária nessas instituições constituir-se-ão em estímulo à gestão de riscos sanitários para evitar o surgimento de surtos e demais eventos adversos, como os decorrentes das estruturas e de processos de trabalho na prestação de serviços.

(279) O acesso dessa população aos demais níveis de atenção em saúde ocorrerá por intermédio das referências que serão incluídas nas Programações Pactuadas Integradas (PPI) estaduais, por intermédio de negociação e pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite. Também deverá ser aperfeiçoada a vacinação, conforme estabelecido na Portaria Ministerial Nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

(280) A capacitação dos técnicos das equipes que atuarão nos referidos serviços de saúde a serem implementados dentro das unidades prisionais será realizada em parceria com entidades formadoras e/ou pólos de capacitação que desenvolverão propostas e executarão cursos de educação permanente, visando melhorar a qualidade da assistência, reduzindo danos e promovendo a atenção integral à saúde da população confinada nas unidades prisionais do País.

(281) Além disso, promover-se-á o levantamento de dados epidemiológicos e sociais acerca das condições de saúde da população penitenciária, tendo em conta a inexistência de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico desta população.

(282) *Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição.*

(283) Uma medida essencial nesse contexto consistirá no monitoramento da situação alimentar e nutricional, com o fortalecimento e a consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional, integrante do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Esse monitoramento deverá ser capaz de indicar, de forma oportuna, as intervenções que se fizerem necessárias. O setor saúde manterá também a sua participação ativa nas medidas voltadas ao combate à fome no País, apoiando inclusive a implementação do Bolsa Família – sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – e promovendo o envolvimento contínuo do SUS. Nesse particular, cabe destacar o acompanhamento do cumprimento da agenda de compromissos do setor saúde – uma das condicionalidades do Bolsa Família –, representados pelo pré-natal, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a vacinação em dia, em crianças e gestantes.

(284) A prevenção do sobrepeso e da obesidade – bem como de outros agravos associados à alimentação e nutrição, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis – e da desnutrição constituirão foco prioritário das medidas a serem adotadas, tendo como uma das estratégias essenciais o incentivo à adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Nesse contexto, será enfatizado igualmente a prevenção e o controle das carências nutricionais por micronutrientes – como ferro e vitamina A – e dos distúrbios por eficiência de iodo (DDI), notadamente junto aos grupos de maior risco.

(285) A implantação da efetiva rotulagem nutricional dos alimentos, voltada para a promoção da alimentação saudável, continuará a ser destacada com o desenvolvimento de ações envolvendo todas as esferas federativas e a necessária atuação junto aos órgãos de defesa do consumidor, associações profissionais e do setor produtivo. Incluirá também ações de capacitação sistemática dos profissionais de saúde para a utilização das ferramentas disponíveis, como é o caso da rotulagem de alimentos, que, além da cultura de sua leitura, prevê também orientações para sua adequada compreensão, a fim de propiciar a escolha saudável dos alimentos.

(286) A fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, adotada no País a partir do ano de 2004, será monitorada pelo sistema de vigilância sanitária de alimentos, como forma de garantir a presença das quantidades destes nutrientes nos produtos, ensejando, a longo prazo, estudos comparativos sobre a incidência das doenças carenciais relacionadas.

(287) O monitoramento da promoção comercial dos alimentos destinados a lactentes e crianças de primeira infância deverá ter continuidade, com o objetivo de compor o quadro de indicadores sobre o aleitamento materno no País. .

(288) *Promoção da saúde pela alimentação*

(289) A promoção da saúde pela alimentação constituirá a nova abordagem a ser adotada pela vigilância sanitária de alimentos, com vistas a intervir no processo saúde-doença em relação à fome e à desnutrição. Tal abordagem incluirá a orientação da população sobre alimentação saudável e captura das suas dificuldades para identificação de alimentos seguros; exigência de adoção das boas práticas e controle do risco sanitário para combate ao

desperdício; e, ainda, melhor aproveitamento dos alimentos, principalmente na última etapa da cadeia alimentar, isto é, no consumo. Como estratégia para implementação dessas ações, serão utilizados os meios de comunicação e informações disponíveis e estabelecida parceria das áreas do setor saúde, como PSF/Pacs, Programa de Alimentação do Escolar, Programa de alimentação do Trabalhador, Ações de Alimentação do Programa Fome Zero, unidades hospitalares e ambulatórios de saúde, entre outros.

(290) Uma outra medida consistirá na parceria com a vigilância epidemiológica no monitoramento das doenças transmitidas por alimentos (DTAs), para a sua prevenção. Deverão ser identificados as causas, os perigos, os locais de incidência e as etapas da cadeia alimentar de maior risco, entre outros fatores importantes a serem considerados no planejamento das ações de vigilância sanitária.

(291) Serão também intensificadas as medidas preventivas de controle dos produtos alimentícios e de inspeção nos estabelecimentos prestadores de serviços de alimentação, assim como nos estabelecimentos fontes de abastecimento de alimentos. Para tanto, buscar-se-á estabelecer parcerias com outros setores da área de alimentos, que interagem na produção, transporte, armazenagem, comercialização e pesquisa de alimentos, inclusive na área de importação de produtos alimentícios.

(292) Ao lado disso, deverão ser incrementados os estudos e pesquisas necessários ao apoio das ações indispensáveis à segurança dos produtos alimentícios e da alimentação, com vistas a prevenir agravos à saúde. Acresce-se ainda o fortalecimento das ações de capacitação de pessoal do SUS, na área de segurança dos alimentos e de alimentação, buscando-se a parceria com setores envolvidos na produção do conhecimento, como estabelecimentos de ensino e pesquisa e aqueles que atuam também nas áreas de produção ou de prestação de serviços de alimentos e alimentação, tanto nacionais quanto internacionais.

(293) *Ampliação da atenção em saúde mental.*

(294) O foco das medidas nesse âmbito será a consolidação do modelo de base comunitária, visando a inclusão social e o atendimento de qualidade aos portadores de transtornos mentais, aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas e aos dependentes destas drogas. Uma das estratégias prioritárias para tanto será a qualificação, a ampliação e o fortalecimento da rede extra-hospitalar, de que são exemplos os Centros de Apoio Psicossocial (Caps); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); as assistências psiquiátricas em hospitais gerais; e os Centros ou Núcleos de Apoio Psicossocial (Caps ou Naps).

(295) Uma outra linha de atuação da atenção em saúde mental consistirá no incremento das ações dirigidas à reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais, egressos de longas internações psiquiátricas, por intermédio do programa “De volta para casa”, nesta compreendida a concessão de auxílio financeiro para egressos visando a sua reinserção social.

(296) A consolidação e o aperfeiçoamento das ações envolverão o desenvolvimento de um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; a promoção dos direitos de usuários e familiares, incentivando-se a sua participação efetiva no cuidado; a garantia de tratamento digno e de qualidade ao portador de transtorno mental infrator, buscando superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário; e a avaliação contínua de todos os hospitais psiquiátricos por intermédio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash/Psiquiatria).

(297) Os profissionais em vigilância sanitária serão capacitados para o monitoramento de eventos sentinela dos riscos próprios à internação em hospitais psiquiátricos. O controle sanitário nessas instituições estimulará ações preventivas em relação aos agravos decorrentes das estruturas e de processos de trabalho existentes.

(298) *Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal.*

(299) A atenção em saúde bucal no País envolverá a reorientação do modelo prevalente, a qual pautar-se-á, entre outros:

(300) ⇒ na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta;

(301) ⇒ na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;

(302) ⇒ na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS;

(303) ⇒ na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

(304) O elenco das medidas a serem empreendidas, compreenderão: a fluoretação das águas; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, visando busca da autonomia com vistas ao autocuidado; a aplicação tópica de flúor, visando a prevenção e o controle da cárie, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado), em ações coletivas; ações de recuperação, envolvendo o diagnóstico e o tratamento de doenças bem como de reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas resultantes da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

(305) O diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. A identificação precoce das lesões da mucosa bucal deverá ser priorizada, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os pontos de atenção à saúde, visando o acompanhamento e encaminhamento, quando

necessário, para tratamento nos níveis de maior complexidade. O tratamento deverá priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos. Já as ações de reabilitação – parcial ou total das capacidades perdidas – consistirão na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e na sua atividade profissional.

(306) Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolubilidade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica; Inclusão da reabilitação protética na atenção básica; e ampliação do acesso.

(307) Na implantação e aumento da resolubilidade do pronto-atendimento, deverá ser: organizado esse pronto-atendimento de acordo com a realidade local; avaliada a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência; prestada orientação ao usuário para retornar ao serviço e dar continuidade ao tratamento.

(308) Na inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, deverá ser considerada a possibilidade de, em cada local, inserir na atenção básica procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuirão para aumentar o vínculo, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico em cada local, aumentando o seu impacto e cobertura.

(309) Na inclusão da reabilitação protética na atenção básica, deverá ser considerada em cada local a possibilidade de inserir na atenção básica procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. Assim, será possível avançar na superação do quadro atual, no qual os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, inacessíveis à maioria da população.

(310) A viabilização dessas possibilidades implicará suporte financeiro e técnico específico que contribua para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões e a capacitação de técnicos em prótese dentária (TPD) e auxiliares de prótese dentária (APD) da rede SUS, para a implantação destes serviços.

(311) Na ampliação do acesso, buscar-se-á superar o modelo biomédico de atenção às doenças, mediante duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: (i) por linhas de cuidado; e (ii) por condição de vida. A primeira compreenderá o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a atenção

por condição de vida compreenderá a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, entre outras.

(312) Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Referência de Especialidades Odontológicas – Creo –, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

(313) *Redução da morbimortalidade por acidentes e violências.*

(314) As medidas dirigidas à prevenção de acidentes e violências terão como foco a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, e deverão ser empreendidas em estreita articulação com os demais setores envolvidos com a questão, como os Ministérios dos Transportes, da Justiça, da Educação, do Trabalho, do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, dos Esportes e das Cidades e da Secretaria de Direitos Humanos, assim como a mobilização de recursos e o estabelecimento de parcerias com instituições acadêmicas e organizações não governamentais que lidam com o tema.

(315) Às vítimas de acidentes e violências deverá ser provida uma atenção integral e interdisciplinar. Iniciativas deverão ser adotadas em relação à prevenção de riscos dos segmentos populacionais mais vulneráveis, numa perspectiva geracional, de gênero e étnico/racial, tendo sempre o olhar para a abordagem integral das pessoas vivendo situações de violência, quer como autores, quer como vítimas. Ao lado disso, articulações e ações intersetoriais deverão ser desenvolvidas para a qualificação da informação, de modo a subsidiar o desenvolvimento de políticas e planos, assim como definir indicadores para o seu monitoramento e avaliação.

(316) Serão implantados e implementados Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instituições acadêmicas, organizações não governamentais. Esses Núcleos comporão a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde que viabilizará as ações de gestão no desenvolvimento do plano de prevenção, em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

(317) Integrarão as estratégias fundamentais a educação permanente de recursos humanos – com prioridade para os profissionais dos núcleos gestores e da atenção básica – e a implementação de ações matriciais de apoio à atenção básica, com o objetivo de qualificar o cuidado prestado às pessoas vivendo situações de violência e aos segmentos populacionais mais vulneráveis.

(318) As tipologias da violência priorizadas serão os homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, violências intrafamiliares, institucionais e a exploração sexual de crianças e adolescentes em todas as suas expressões. A

Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde deverá incentivar e garantir a notificação dos casos previstos em lei e normatizados pelo Ministério da Saúde.

(319) Esforços serão empreendidos para a construção de políticas articuladoras dos vários setores nacionais e para a implementação de ações intersetoriais que potencializem os recursos destinados à redução da violência e acidentes, mediante a integração das informações, atividades e ambientes que permitam o repasse de experiências.

(320) Os serviços de atendimento às urgências e emergências – pré-hospitalar e hospitalar – serão preparados para a atenção a essas vítimas, com especial atenção no que diz respeito ao encaminhamento de casos que requeiram recuperação e reabilitação.

(321) Deverão ser promovidas condições para a adoção da estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, expressa globalmente por intermédio do projeto de cidades, comunidades e ambientes protetores da vida, visando à redução das causas externas e o desenvolvimento de uma perspectiva ampliada para o enfrentamento do conjunto das situações de urgência traumáticas e não traumáticas, incluindo as urgências clínicas e psiquiátricas.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(322) Implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias.	2004-2007
(323) Capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra.	2004-2007
(324) Alcançar a homogeneidade da cobertura vacinal em 100% dos Distritos Especiais Indígenas.	2004-2007
(325) Garantir todas as vacinas preconizadas no calendário vacinal indígena em 100% dos Distritos Especiais Indígenas.	2004-2007
(326) Reduzir em 85% a incidência de desnutrição em menores de 5 anos de idade na população indígena.	2004-2007
(327) Implementar ações de vigilância sanitária em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	2004-2007
(328) Desenvolver diagnóstico situacional de risco sanitário para a população indígena, por Distrito Especial Indígena.	2004-2005
(329) Instrumentar e capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para ações de controle de risco sanitário nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	2004-2007
(330) Reduzir em 25% a incidência de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva na população indígena.	2004-2007
(331) Garantir que 60% das crianças e gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Bolsa Família sejam acompanhadas na agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, crescimento e desenvolvimento, vacinação e pré-natal).	2004-2007
(332) Reduzir a mortalidade infantil de 27 para 22 por mil nascidos vivos.	2004-2007

(333) Reduzir em 15% a mortalidade neonatal.	2004-2007
(334) Implantar 40 novos bancos de leite humano e postos de coleta;	2004-2007
(335) Ampliar em 40% a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”.	2004 - 2007
(336) Distribuir 200 mil doses de “surfactante” pulmonar produzido no Brasil para o atendimento neonatal.	2004 - 2007
(337) Regulamentar normas relativas a vigilância sanitária que orientem ações para redução da mortalidade materno-infantil.	2004-2007
(338) Publicar o Regulamento Técnico de Boas Práticas em Serviços de Saúde.	2004-2007
(339) Publicar regulamento sobre notificação de eventos adversos graves (EAG).	2004-2007
(340) Implantar o cartão do adolescente, destinado ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento juvenil, em pelo menos 20% dos municípios com PSF.	2004 - 2007
(341) Atender 100% das equipes de saúde da família com distribuição de métodos contraceptivos e insumos de prevenção de DST e Aids.	2004-2007
(342) Aumentar em 25% os serviços de atendimento á adolescentes vítimas de violência intra-familiar nas cidades pólos das microrregiões.	2004-2007
(343) Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal.	2006
(344) Implantar em 100% das capitais e 20% das equipes de Pacs/PSF a atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas.	2004-2006
(345) Ampliar as ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis de forma a atender progressivamente a 100% da necessidade da população de mulheres em idade reprodutiva.	2004-2007
(346) Implantar/implementar 5 centros de referência para atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV.	2004-2007
(347) Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados.	2004-2007
(348) Implementar 27 centros de referência para assistência à infertilidade (1 por estado e o Distrito Federal).	2004-2007
(349) Ampliar a adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento para 100% dos municípios brasileiros.	2004-2007
(350) Reduzir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS.	2004-2007
(351) Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões.	2004-2007
(352) Aumentar em 15% a cobertura de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos de idade).	2004-2007
(353) Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária.	2004-2007
(354) Implantar em 100% das capitais e incorporar a atenção à saúde da mulher no climatério nas ações desenvolvidas pelas	2004-2007

equipes da estratégia de saúde da família.	
(355) Implantar a atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.	2004 - 2007
(356) Reduzir em 60% a incidência de malária na população indígena.	2004-2007
(357) Reduzir em 60% a mortalidade infantil na população indígena	2004-2007
(358) Reduzir em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS.	2004-2007
(359) Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior à 50.000 habitantes.	2004-2007
(360) Reduzir em 6% a incidência de Aids em mulheres.	2004-2007
(361) Publicar regulamentação técnica orientando o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos.	2004
(362) Reduzir em 5% a taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho.	2004-2007
(363) Implementar o diagnóstico e o registro de doenças e acidentes do trabalho para a economia informal e aumentar em 30% para a economia formal.	2004-2006
(364) Qualificar 27 estados e o DF ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.	2004-2007
(365) Instrumentar e capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos 27 estados e no DF para ações de controle de riscos sanitários no Sistema Penitenciário.	2004-2007
(366) Cadastrar estabelecimentos prisionais dos 27 estados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	2004-2007
(367) Desenvolver pesquisa de abrangência nacional para diagnosticar as condições de saúde da população penitenciária.	2004-2005
(368) Cadastrar no CAD-SUS 100% das pessoas presas.	2004-2007
(369) Realizar campanha anual de prevenção do sobrepeso e obesidade e de incentivo à adoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.	2004-2007
(370) Monitorar a fortificação das farinhas de trigo e milho nas 27 unidades federadas.	2004-2007
(371) Monitorar a situação alimentar e nutricional em cerca de 60% dos municípios.	2004-2007
(372) Atender com micronutrientes, anualmente, 70% da população em situação de risco.	2004-2007
(373) Capacitar os profissionais de vigilância sanitária em rotulagem nutricional de alimentos.	2004-2007
(374) Implementar o Programa Nacional de Inspeção Sanitária em estabelecimentos beneficiadores de sal, com ênfase no controle da adição de iodo no sal pelas unidades fabris que apresentam esse tipo de atividade.	2004-2007
(375) Expandir a rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em 1.700 novos serviços (entre os seguintes dispositivos: Caps, SRTs, unidades psiquiátricas em hospital	2004

geral).	
(376) Promover a regulamentação da publicidade e comercialização de bebidas alcoólicas.	2004-2007
(377) Conceder auxílio reabilitação psicossocial a 10.000 egressos de longas internações psiquiátricas no SUS (“De volta para casa”).	2004
(378) Capacitar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o controle sanitário em hospitais psiquiátricos, manicômios judiciários e comunidades terapêuticas.	2004-2007
(379) Implantar 160 unidades de reabilitação para o atendimento às pessoas com deficiência motora, visual, auditiva e mental.	2004-2007
(380) Desenvolver duas campanhas nacionais de prevenção de deficiências.	2004-2007
(381) Implantar 60 núcleos municipais e estaduais de prevenção da violência e de promoção da saúde em cidades com mais de 100 mil habitantes.	2004-2007

II.3. Em relação à gestão em saúde

Objetivo

(382) Aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão descentralizada, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas regionais e locais.

Diretrizes

(383) *Qualificação e humanização na gestão do SUS.*

(384) A qualificação e a humanização na gestão deverão ser implementadas de forma conjunta àquelas preconizadas para o âmbito da atenção à saúde. Similarmente, serão identificadas, negociadas e pactuadas práticas destinadas a qualificar e humanizar a gestão do SUS. Uma estratégia a ser privilegiada será a capacitação contínua de gestores nessas práticas.

(385) Um mecanismo também relevante consistirá na organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde, que poderão formular as suas críticas e sugestões para qualificar e humanizar a gestão no âmbito do respectivo Sistema. Para tanto, será importante a divulgação sistemática de medidas e decisões tomadas pelo gestor respectivo. As experiências bem sucedidas de qualificação e humanização deverão igualmente ser objeto de divulgação, sobretudo entre gestores.

(386) A qualificação e a humanização na gestão do SUS requerem necessariamente o provimento das condições necessárias, que irão conferir de fato qualidade, capacidade resolutiva e atuação oportuna na prestação dos serviços e no desenvolvimento das ações de saúde. Para tanto, um dos mecanismos relevantes será a operacionalização do Cartão Nacional de Saúde, cujas medidas para tal deverão ser incrementadas e fortalecidas.

(387) Ao lado disso, está a implementação da política nacional de investimento em saúde, que abará, entre outras iniciativas, a ampliação, a adequação e ou modernização da rede física, o suprimento de recursos tecnológicos e o desenvolvimento institucional dos serviços. Tais medidas serão consideradas estratégicas no esforço de redução das desigualdades regionais e de promoção da equidade na atenção à saúde.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(388) Definir e implementar práticas de qualificação e humanização da gestão do SUS nas 27 UF e em 500 municípios.	2004-2007
(389) Emitir e operacionalizar 120 milhões de unidades do Cartão Nacional de Saúde.	2004-2007

(390) *Aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS.*

(391) Para a promoção da qualificação da gestão descentralizada, serão adotadas, em especial, medidas de apoio às esferas estadual e municipal, entre as quais destacam-se como prioritárias: (i) a redefinição e implementação de diretrizes de regionalização e a criação de instâncias de planejamento e co-gestão das ações regionalizadas do Sistema; (ii) a formulação e implementação de processo de fortalecimento da gestão descentralizada do SUS; (iii) a implementação de uma rede de cooperação técnica para a gestão descentralizada; (iv) a implementação da estratégia do apoio integrado à gestão descentralizada do SUS; (v) a criação e implementação de formas de repasse de recursos Fundo-a-Fundo de estados para municípios; (vi) a revisão e sistematização da regulamentação do SUS, com proposição de uma nova institucionalidade; e (vii) o fortalecimento dos espaços colegiados de negociação e pactuação do Sistema.

(392) Tais iniciativas constituirão condições essenciais para o fortalecimento e a qualificação da gestão no SUS. Dentro disso, destaca-se a efetivação da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde no País, estratégia que visa promover maior eficiência na organização do SUS; ampliação da equidade no acesso; e relações inter-governamentais mais cooperativas e solidárias. Partindo do pressuposto que a regionalização constitui um processo eminentemente político, buscar-se-á fortalecer os processos de negociação e pactuação entre os gestores do SUS para a organização regionalizada do sistema de saúde. A articulação do Ministério da Saúde com a política nacional de desenvolvimento nacional, em curso, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República e os Ministérios da Integração Regional e do Planejamento, Orçamento e Gestão favorecerá o desenvolvimento de políticas intersetoriais de abordagem regional, qualificando a política de regionalização do SUS. Nessa perspectiva, destacam-se o Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia e as Rides (Regiões Integradas de Desenvolvimento).

(393) Uma iniciativa relevante no âmbito interno do SUS será a identificação e implementação de mecanismos e processos que viabilizem o aprimoramento das instâncias de negociação e pactuação do Sistema, cujas marcas relevantes estarão representadas pela democratização, cooperação e solidariedade entre os parceiros. Além disso, deverão ser também identificadas e implementadas outras formas de organização que favoreçam a regionalização de ações e serviços, como os consórcios públicos.

(394) *Regulamentação da Emenda Constitucional 29.*

(395) A medida terá como foco o parágrafo 3º do Art. 198 da Constituição Federal e compreenderá a definição de montantes de recursos a serem destinados para ações e serviços públicos de saúde, por parte da União, estados e municípios, bem como de critérios de rateio e fiscalização e controle destes recursos. Para tanto, deverá ser promovida efetiva articulação com o Congresso Nacional, o Conselho Nacional de Saúde, os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais, Governadores e associações de prefeitos.

(396) A aprovação dessa regulamentação pelo Congresso Nacional trará importantes benefícios, entre os quais destacam-se a perspectiva de estabilidade de recursos das três esferas de governo para aplicação em ações e

serviços públicos de saúde, com conseqüente aumento da oferta e da capacidade resolutiva da atenção à saúde no País.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(397) Assegurar a estabilidade de recursos das três esferas de gestão do SUS mediante a regulamentação da E.C 29 e acompanhamento pelo Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), mediante a implantação de quatro sistemas anuais.	2004- 2007
(398) Implantar e operacionalizar 26 núcleos estaduais do Siops.	2004-2007
(399) Aumentar em 10% a coleta de informações sobre receita total e gastos em saúde nos municípios brasileiros.	2004-2007
(400) Regionalizar e hierarquizar as ações e serviços de saúde do SUS, implementando 200 regiões de saúde.	2004-2007
(401) Criar 120 instâncias de planejamento e co-gestão das ações e serviços regionalizados do SUS.	2004-2007
(402) Desenvolver projeto de fortalecimento da gestão em todos os estados e em 400 municípios.	2004-2007
(403) Implantar a rede de cooperação técnica nas 27 unidades federadas.	2004-2007

Objetivo

(404) Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema.

Objetivo

(405) Estimular a cultura de paz e não violência, visando contribuir para a sua disseminação no Brasil e no mundo, considerando a sua importância para a promoção e a proteção da saúde.

Diretrizes

(406) *Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS.*

(407) O cumprimento dessa diretriz estará baseada principalmente na experiência do SUS nesses 15 anos de sua criação, a qual implicará ampla avaliação dos avanços alcançados e dos obstáculos defrontados até então. A partir dessa avaliação, e tendo em conta as proposições oriundas da 12ª Conferência Nacional de Saúde, deverão ser definidos e implementados mecanismos e estratégias que possibilitem o aprimoramento preconizado, tanto em relação aos Conselhos de Saúde, quanto à realização das Conferências de Saúde.

(408) Ao lado disso, será incrementada a capacitação contínua de conselheiros de saúde, acompanhada de monitoramento com vistas ao seu aperfeiçoamento e o atendimento de novas necessidades que porventura venha a surgir nesse processo de aprimoramento. Será também promovida a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informações entre Conselhos de Saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes Conselhos.

(409) A orientação e o acompanhamento no tocante à composição dos Conselhos de Saúde, de modo a promover e fortalecer a representatividade definida pela Lei Orgânica da Saúde serão igualmente medidas relevantes. Nesse contexto ainda, deverão ser estudadas a oportunidade e a viabilidade de novos canais de participação social.

(410) *Estabelecimento e implementação de código de defesa dos usuários do SUS.*

(411) Esse código configurará instrumento privilegiado tanto para a melhoria contínua das ações, produtos e serviços de saúde, quanto para a participação social. Para tanto, deverão ser implementadas as medidas necessárias ao seu estabelecimento, mediante uma articulação intensa com o Congresso Nacional, assim como com os gestores e instâncias formais de participação social no SUS.

(412) Paralelamente ao estabelecimento do código, serão tomadas as providências para a sua implementação plena, bem como para o atendimento

e resolução das demandas dela advinda. Nesse aspecto, será buscada a cooperação e integração com os órgãos envolvidos com a questão, entre os quais o Ministério Público.

(413) *Consolidação do processo de reforma sanitária no País.*

(414) O resgate do conhecimento acumulado ao longo do processo da reforma sanitária no Brasil e a avaliação dos avanços e retrocessos configurarão iniciativas estratégicas para a consolidação desse processo.

(415) Nessa direção, deverão ser promovidos estudos que contribuam para a identificação dos problemas e dificuldades na implementação do SUS e possíveis soluções. Ao lado disso, uma iniciativa significativa diz respeito à implementação de processo que favoreça a apropriação, por parte da população, dos princípios, diretrizes e avanços do SUS, inclusive como forma tanto para a consolidação da reforma sanitária, quanto de seu aperfeiçoamento. Nesse particular, deverão ser promovidos periodicamente eventos que contribuam para a referida consolidação da reforma sanitária. Por outro lado, igual ênfase será dada à formação dos profissionais de saúde no tocante à apropriação desses conhecimentos, iniciativa esta a ser desenvolvida em parceria com o Ministério da Educação.

(416) *Implementação de práticas de gestão participativa*

(417) A consolidação do SUS como política de efetiva universalização dos direitos de cidadania exigirá, no estágio atual, o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e a busca de novos canais de escuta da população. Outras formas de participação deverão ser desenvolvidas nos campos da co-gestão, da gestão colegiada, de ouvidorias, entre outras.

(418) Nessa perspectiva, promover-se-á a implantação de conselhos de gestão nos estabelecimentos de saúde e desenvolvidos processos que permitam estimular a incorporação das práticas de gestão participativa nas políticas, programas, projetos, serviços, unidades, sistemas, órgãos e entidades do Ministério da Saúde, do SUS como um todo e da sociedade civil.

(419) A intersetorialidade será adotada como prática de gestão, ao permitir o estabelecimento de espaços compartilhados para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

(420) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições, como estratégia de fortalecimento dos métodos e práticas assumidas. Da mesma forma, serão difundidos à população, por intermédio dos diferentes meios de comunicação, conteúdos informativos sobre o SUS e seus mecanismos de gestão.

(421) Serão estimulados também novos mecanismos que viabilizem ampliar o acesso da população na condução e avaliação do SUS. Nesse aspecto, deverá ser estabelecida a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e criadas estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(422) Estabelecer, em parceria com o Congresso Nacional, e implementar o Código de Defesa dos Usuários.	2004-2007
Aferir, anualmente, o nível de satisfação do usuário de serviços de saúde e de sua qualidade.	2004-2007
(423) Implantar Ouvidoria Nacional de Saúde e atender cerca de 1,5 milhões/ano de usuários.	2004-2007
(424) Estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e implantar ouvidorias nos 26 Estados e Distrito Federal e em 25% municípios de grande porte.	2004-2007
(425) Promover a formação de cerca de 20 mil/ano conselheiros para o controle social	2004-2007
(426) Realizar, anualmente, evento voltado à consolidação da reforma sanitária.	2004-2007
(427) Realizar cursos de informação sobre o SUS para programadores de 2.000 emissoras de rádio comunitárias.	2004-2007
(428) Realizar a 13ª Conferência Nacional de Saúde.	2004-2007
(429) Criar o cadastro dos Conselhos de Saúde dos municípios e estados.	2004-2007
(430) Estabelecer rede de intercâmbio dos Conselhos Municipais e Estaduais de Criar.	2004-2007
(431) Criar um sistema de monitoramento do funcionamento dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.	
(432) Implantar conselhos gestores nas unidades próprias do Ministério da Saúde.	2004-2007
(433) Implementar as Câmaras Setoriais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, previstas no regulamento respectivo.	2004-2007

Objetivo

(434) Garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade, e implementando uma política nacional para os trabalhadores do SUS, segundo os princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo

(435) Implementar uma política de educação permanente para o SUS, em conjunto com o Ministério da Educação, os demais entes federados e as instituições formadoras, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde e do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais.

Diretrizes

(436) Fortalecimento da gestão do trabalho no SUS.

(437) As medidas a serem adotadas deverão assegurar a valorização profissional, fortalecer a democracia nas relações de trabalho e promover a regulação das profissões visando a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade. Tais medidas conformarão a política nacional para os trabalhadores do SUS, na conformidade dos princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

(438) No conjunto das medidas a serem empreendidas, estarão a harmonização das carreiras do SUS no âmbito das esferas de governo, o funcionamento da mesa nacional de negociação e o incentivo à operacionalização desta instância na esfera estadual e nas esferas municipais de gestão do Sistema. Ao lado disso, serão ampliados e fortalecidos os observatórios de recursos humanos em saúde, em articulação com as entidades envolvidas com a questão, em especial as instituições de ensino superior.

(439) Implementação da educação permanente e da qualificação profissional no SUS.

(440) A implementação dessa diretriz deverá envolver o Ministério da Educação, as esferas de gestão do SUS e as instituições formadoras, tendo em conta que as iniciativas enfocarão, entre outras, a mudança na formação superior e técnica das profissões de saúde e a sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde da população e as demandas do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola; o trabalho na equipe de saúde; e a realização de educação constante para a gestão das políticas sociais.

(441) Para tanto, integrarão o elenco das ações a serem desenvolvidas, entre outras: a capacitação de profissionais a distância; a oferta de

estágio aos estudantes das áreas de saúde na rede do SUS; a formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação (*lato e stricto sensu*); a qualificação para a gestão e administração de programa; a promoção dos princípios da educação popular em saúde; e as residências de profissionais de saúde.

(442) Instituição e operacionalização do serviço civil profissional em saúde.

(443) Essa iniciativa será destinada às carreiras de saúde, nas modalidades de graduação e especialização em serviço, constituindo estágio curricular a ser realizado em localidades com baixa densidade tecnológica e precária oferta de ações e serviços de saúde. O serviço civil também deverá ofertar primeiro emprego em saúde para profissionais técnicos em locais de difícil acesso. Os profissionais participantes deverão ser qualificados para a operacionalização e funcionamento do SUS nessas localidades.

(444) A medida envolverá articulação efetiva com o Ministério da Educação, em especial no tocante às alterações que se fazem necessárias nas normas relativas à residência médica. Ao lado disso, deverão ser identificados e adotados mecanismos para a superação das dificuldades na implementação de proposta dessa natureza, tais como a interiorização e fixação de profissionais em regiões remotas e de difícil acesso, bem como o elevado custo financeiro.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(445) Promover a desprecarização do trabalho do agente comunitário de saúde.	2004-2007
(446) Elaborar e aprovar o projeto de serviço civil profissional em saúde e fixar 1000 profissionais.	2004-2007
(447) Manter o funcionamento da mesa nacional de negociação do SUS.	2004-2007
(448) Criar 20 observatórios de recursos humanos em saúde/ano.	2004-2007
(449) Formar cerca de 3,9 mil pessoas em educação profissional e de pós-graduação <i>stricto e lato sensu</i>	2004-2007
(450) Promover a residência em saúde para 1,3 mil profissionais/ano.	2004-2007
(451) Capacitar 17 mil profissionais/ano em formulação de políticas em áreas técnicas específicas dos estados e municípios.	2004-2007
(452) Estruturar 110 Pólos de Educação Permanente em Saúde/ano.	2004-2007
(453) Promover mudança em 200 cursos/ano de graduação e pós-graduação na área da saúde.	2004-2007
(454) Formar cerca de 35 mil pessoas/ano em educação profissional e de pós-graduação (<i>stricto e lato sensu</i>).	2004-2007
(455) Capacitar 300 mil profissionais/ano de nível técnico do SUS.	2004-2007
(456) Realizar a capacitação de 12 milhões de pessoas/ano na promoção dos princípios da educação popular em saúde.	2004-2007

Objetivo

(457) Estabelecer a política nacional de informação em saúde voltada à construção de uma rede de informações qualificadas, capaz de subsidiar e fortalecer os processos de gestão, de comunicação social, de produção e difusão do conhecimento, da organização da atenção à saúde e de controle social, e de promover a elevação da consciência sanitária da população.

Objetivo

(458) Formular e implementar política de comunicação social, buscando ampla divulgação do SUS quanto aos seus princípios, diretrizes e avanços.

Diretrizes

(459) Construção de rede de informações para a gestão do SUS e a atenção integral à saúde.

(460) A disponibilidade, de forma oportuna e com qualidade, de informações relativas à gestão e à atenção à saúde constituirá condição estratégica fundamental para o alcance dos objetivos preconizados. Nesse sentido, a construção e o aperfeiçoamento contínuo da rede de informações serão prioridades, a qual deverá estender-se a todo o SUS. Tal empreitada envolverá o provimento dos meios tecnológicos necessários, assim como a capacitação dos profissionais da área, nas três esferas de gestão do Sistema.

(461) Os processos compreendidos na implementação dessa rede – desde a coleta e registro, até o tratamento e disseminação aos públicos que dependem das informações – deverão ser revistos e adequados às necessidades. A integração entre os geradores de dados e informações e os seus aplicadores ou utilizadores constituirá elemento chave, para o que serão criados canais e mecanismos formais que concretizem tal integração.

(462) Considerando a multidisciplinaridade das questões de saúde, especial atenção será conferida ao aprimoramento da Rede Interagencial de Informações em Saúde – Ripsa --, implementada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, e com a participação de diversas instituições do País relacionadas direta ou indiretamente com os determinantes e condicionantes de saúde. O processo de articulação e integração envolvido com a Ripsa será fortalecido e aperfeiçoado, procedendo-se a ampla divulgação dos produtos por ela gerados ou demandados pelo SUS.

(463) Difusão do conhecimento em saúde.

(464) Nesse contexto, serão enfatizados os serviços do SUS que armazenam, documentam e tornam disponíveis o conhecimento existente em saúde, os quais deverão estar capacitados para atender oportunamente as demandas, bem como para captar e disseminar aos gestores, gerentes e profissionais de saúde. A disponibilidade de recursos tecnológicos adequados

constituirá condição fundamental à atuação dos profissionais. Para tanto, o SUS manterá canal permanente de articulação e apoio mútuo com centros de documentação e bibliotecas nacionais e internacionais.

(465) O resgate e a conservação adequada dos documentos configurarão igualmente medida importante, assim como a edição e a distribuição do conhecimento gerado no âmbito SUS, contando, para isso, com um conselho editorial funcionando de forma regular.

(466) Construção da consciência sanitária da população.

(467) A construção da consciência sanitária da população configurará medida essencial, visto que a capacidade resolutiva dos problemas e de melhoria da saúde dependem da mobilização e do engajamento das pessoas, quer individual, quer coletivamente. São exemplos as ações de vacinação, as consultas pré-natal e outras. A isso se soma também o bom funcionamento do SUS, cuja participação e controle social são fundamentais, bem como a defesa do acesso a produtos e serviços de saúde de qualidade.

(468) Tal iniciativa requererá processos de educação contínua – como aqueles destinados a mudanças de hábitos e estilos de vida, especialmente os relativos ao consumo consciente de produtos que têm impacto na saúde – e de comunicação social, os quais deverão ser desenvolvidos observando-se a diversidade cultural, regional e social prevalente no País. Para tanto, serão definidas e implementadas estratégias, canais e mecanismos adequados, segundo as necessidades e demandas identificadas.

(469) Uma estratégia a ser enfocada é a inserção, em articulação com os sistemas de ensino, de conceitos de saúde. Outra estratégia a ser trabalhada será o monitoramento da propaganda e publicidade de medicamentos e produtos para a saúde. Ao lado disso, os profissionais de saúde deverão ser capacitados para transmitir e educar, em questões de saúde, a comunidade com a qual atuam.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(470) Promover a manutenção dos sistemas de informação de saúde de base nacional.	2004-2007
(471) Realizar campanhas anuais voltadas à promoção da consciência sanitária da população.	2004-2007
(472) Promover a manutenção anual serviços de processamento de dados do SUS.	2004-2007
(473) Celebrar 20 convênios com universidades para monitoramento da propaganda e publicidade, cujo produto conveniado consistirá no financiamento de bolsas estudantis e formação de alunos multiplicadores, que sejam responsáveis pela coleta e análise de material publicitário sobre medicamentos e produtos para a saúde, bem como na elaboração e distribuição de material didático, incluindo um manual de monitoramento.	2004

Objetivo

(474) Fortalecer a capacidade de gestão pública no âmbito da saúde, de forma a potencializar e otimizar a aplicação de recursos empregados na prestação de serviços e na aquisição de materiais e insumos, utilizados nos processos desenvolvidos no SUS, visando a qualidade da atenção à população.

Objetivo

(475) Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde.

Diretrizes

(476) ***Monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros despendidos pelo SUS.***

(477) A implementação dessa diretriz envolve a construção de processos e de instrumentos específicos que assegurem a continuidade das ações nesse âmbito, de modo a contribuir para a efetividade das ações de saúde e a potencialização dos recursos disponíveis. Além disso, será necessário o estabelecimento da responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, no que se refere a processos delegados, controle e avaliação, auditoria e de polícia administrativa, bem como a revisão da legislação existente.

(478) Nesse sentido, poderão ser criados novos marcos regulatórios e de legislação, inclusive com a definição de “gradação de penalidades” para atos e procedimentos em desacordo com os pactos estabelecidos, adotando-se, por exemplo, o Termo de Ajuste de Conduta como instrumento de “correção de situações críticas”.

(479) Essa construção de processos e instrumentos exigirá intensa articulação e pactuação entre as esferas de gestão do SUS e Conselhos de Saúde, assim como com órgãos de controle do executivo e de outros poderes (Secretaria Federal de Controle, Ministério Público, Tribunal de Contas da União).

(480) Por se tratar de processo estruturante, especificamente em relação às ações de saúde, deverá ser procedida a sua reordenação, visando uma melhor direcionalidade e racionalização na utilização dos recursos financeiros, de modo a gerar impacto na qualidade e quantidade destas ações prestadas à população. Uma das estratégias nesse particular será o estabelecimento de metodologia de avaliação para as áreas técnicas e de instrumento de avaliação do componente administrativo e financeiro, a serem testados em algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para fins de eventuais ajustes e posterior implantação universal.

(481) ***Fortalecimento da atuação internacional do SUS.***

(482) As iniciativas voltadas ao fortalecimento da atuação internacional deverão contribuir para a inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil, assim como estimular a integração regional em saúde, em especial no âmbito do Mercosul, visando a promoção e a proteção da saúde das

respectivas populações. A disseminação de informações acerca do SUS constituirá uma estratégia destinada a contribuir para a melhoria da saúde em termos mundiais e para identificar propostas inovadoras que favoreçam o aperfeiçoamento da ação nacional, em especial no contexto da qualificação dos profissionais do Sistema.

(483) Ao lado disso, será promovido o fortalecimento da integração e da articulação com os organismos internacionais de saúde, bem como a participação efetiva nos diferentes eventos de intercâmbio de informações e de avaliação e definição de compromissos mútuos em favor da saúde mundial. Nesse particular, o Brasil envidará todos os esforços no cumprimento dos acordos e compromissos internacionais de que é signatário, bem como na ajuda aos países na superação de problemas sanitários e no enfrentamento de calamidades.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(484) Estabelecer novos processos de regulação e controle sobre 80% dos recursos transferidos a estados e municípios.	2004
(485) Estabelecer processos e instrumentos para o monitoramento e avaliação das ações e implantá-los todas as Unidades Federadas.	2004-2007
(486) Manter registro nacional de preços de medicamentos e de banco de preços em saúde.	2004-2007
(487) Promover a economia de recursos financeiros em cerca de 2% ao ano com a racionalização dos gastos.	2004-2007

II.4. Em relação ao setor saúde

Objetivo

(488) Fomentar ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e ao controle de doenças.

Diretrizes

(489) Ampliação da cobertura dos serviços de saneamento ambiental.

(490) Nesse âmbito, deverão ser promovidas, a ampliação e a melhoria dos serviços de saneamento ambiental para as populações urbanas e rurais, nestas incluídas aquelas mais vulneráveis com destaque para as populações remanescentes de quilombos, assentados e de reservas extrativistas, visando a redução dos óbitos de menores de um ano de idade, relacionados à falta ou inadequação destes serviços, bem como da ocorrência e internações decorrentes de doenças diarreicas. As medidas serão implementadas em articulação com o Ministério das Cidades e com a Secretaria Especial de Promoção de Políticas da Igualdade Racial, no caso dos quilombolas.

(491) As ações prioritárias de saneamento ambiental serão aquelas voltadas ao abastecimento de água para consumo humano e à implantação de melhorias sanitárias domiciliares, tanto em zonas rurais, quanto nas periferias dos grandes centros urbanos. Também deverão ser promovidos o desenvolvimento institucional de operadores públicos de saneamento ambiental em municípios com população superior a 30 mil habitantes e a capacitação de gestores e técnicos em educação em saúde voltada para ações de saneamento.

(492) No tocante ao esgotamento sanitário, as medidas terão como foco a implantação de sistemas envolvendo a coleta, tratamento e destino adequado dos dejetos em municípios com população urbana e rural superior a 30 mil habitantes, municípios com transmissão autóctone de esquistossomose, cólera ou tracoma, municípios com mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano de idade acima da média nacional e municípios com menor índice de desenvolvimento humano (IDH).

(493) Ao lado disso, uma iniciativa importante nesse âmbito consistirá na expansão e melhoria dos serviços de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas de malária, visando contribuir para o seu controle.

(494) Destinação adequada dos resíduos sólidos urbanos.

(495) Uma das iniciativas importantes nesse contexto será o incentivo à redução, reutilização e reciclagem de resíduos sólidos urbanos, ao lado da ampliação da cobertura, da eficiência e eficácia dos serviços de limpeza pública, de coleta, de tratamento e de disposição final. A articulação intersetorial será estratégica nesse âmbito, ao lado da adoção de medidas educativas da população. Ao lado disso, deverá ser promovida a inserção social de catadores, mediante a implementação de ações destinadas a eliminar os lixões e o trabalho infantil.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(496) Beneficiar cerca de 6.300 famílias/ano com melhorias habitacionais para o controle da doença de Chagas em áreas endêmicas.	2004-2007
(497) Beneficiar cerca de 1.300 famílias/ano com implantação, ampliação ou melhoria de serviço de saneamento básico em áreas rurais, e em áreas especiais (quilombos, assentados e reservas extrativistas).	2004-2007
(498) Beneficiar cerca de 500 comunidades indígenas/ano com ampliação de ações de saneamento básico.	2004-2007
(499) Beneficiar cerca de 75 mil famílias/ano com melhorias sanitárias domiciliares para a prevenção e controle de agravos.	2004-2007
(500) Apoiar o desenvolvimento de ações de Educação em Saúde voltadas para o saneamento ambiental, em 100% dos municípios de até 30 mil habitantes.	2004-2007
(501) Beneficiar cerca de 250 mil famílias/ano com a implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de abastecimento de água para a prevenção e controle de agravos, prioritariamente em municípios de até 30 mil habitantes e em regiões metropolitanas.	2004-2007
(502) Apoiar cerca de 500 municípios/ano no controle da qualidade da água para consumo humano.	2004-2007
(503) Beneficiar cerca de 200 mil famílias/ano com a implantação, ampliação ou melhoria do sistema de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos para prevenção e controle de agravos, prioritariamente em municípios com risco de dengue e em regiões metropolitanas.	2004-2007
(504) Beneficiar cerca de 40 mil famílias/ano com obras e serviços de drenagem e manejo ambiental para a prevenção e controle da malária .	2004-2007
(505) Apoiar técnica e financeiramente a implantação de 1.200 sistemas de fluoretação da água.	2004-2007
(506) Beneficiar cerca de 180 mil famílias/ano com a implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de esgotamento sanitário para a prevenção e controle de agravos, prioritariamente em municípios de até 30 mil habitantes e em regiões metropolitanas.	2004-2007
(507) Apoiar cerca de 200 serviços públicos de saneamento por ano visando a sustentabilidade das ações.	2004-2007
(508) Fomentar cerca de 40 estudos e pesquisas na área de engenharia de saúde pública.	2004-2007
(509) Atingir cobertura de 100% na fiscalização do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em estabelecimentos novos ou que solicitem reforma ou reestruturação de serviços	2005-2007

(510) Garantir 100% de fiscalização do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nos estabelecimentos, objeto do TAM, a serem inspecionados.	2005-2007
(511) Capacitar 100% das vigilâncias sanitárias estaduais para as ações de inspeção na área de resíduos de serviços de saúde	2004-2007

Objetivo

(512) Formular e implementar a política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, orientada por padrões éticos, buscando a equidade e a regionalização, com valorização de tecnologias nacionais.

Diretrizes

(513) **Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**¹.

(514) A construção e a implementação dessa agenda deverão constituir uma das prioridades da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Essa agenda será um dos alvos estratégicos da reformulação do papel do Ministério da Saúde no ordenamento do esforço nacional de pesquisa em saúde, objetivando aumentar a capacidade de indução de pesquisas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população.

(515) Tal iniciativa configurará um processo técnico e político que envolverá o conjunto dos atores sociais (gestores da política de saúde, agências de fomento, pesquisadores, setor produtivo, sociedade civil organizada). Deverá considerar as necessidades nacionais e regionais de saúde e ser capaz de aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. A necessidade de estabelecer prioridades de pesquisa para atender a política nacional de saúde não implicará uma visão reducionista quanto ao escopo, a profundidade e ao tipo de pesquisa em saúde. Pelo contrário, haverá pesquisa prioritária em toda a extensão da cadeia do conhecimento relacionada à saúde, desde as abordagens mais básicas até a pesquisa operacional, capaz de avaliar procedimentos, equipamentos, serviços, programas e políticas. Portanto, terá um conteúdo abrangente e pluralista de abordagens teórico-conceituais e metodológicas.

(516) A metodologia estará baseada nas experiências internacionais e nacionais voltadas para esse fim. Como parte da construção da agenda, serão definidas previamente um conjunto de 21 subagendas de pesquisa (doenças transmissíveis e não transmissíveis, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde dos povos indígenas, fatores de risco, epidemiologia, demografia e saúde, sistemas e políticas de saúde, gestão do trabalho e educação em saúde, saúde, ambiente, trabalho e biossegurança, avaliação tecnológica e economia da saúde, alimentação e nutrição, comunicação e informação em saúde, bioética e ética na pesquisa, pesquisa clínica, complexo produtivo da saúde², entre outras). Para cada subagenda, serão identificados temas escolhidos por pesquisadores e gestores da área de saúde e de ciência e tecnologia.

(517) Os temas de pesquisa serão submetidos à consulta pública, com o objetivo de ouvir a voz, principalmente, dos usuários dos serviços e dos

¹ Baseado na 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003, e no Documento Base da 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde.

² Essa subagenda deve incorporar os resultados produzidos no Projeto Inovação em Saúde, organizado pela Fiocruz e Ministério da Saúde.

trabalhadores do setor saúde para o aprimoramento e a ampliação dessas prioridades. Ainda nesse processo, será realizada a 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Dessa forma, as contribuições de todos os segmentos sociais envolvidos no processo de consolidação do SUS serão contempladas na construção da agenda.

(518) Essa agenda nacional orientará o fomento no âmbito do SUS e deverá ser levada em consideração pelas agências de fomento científico e tecnológico, constituindo-se em um dos critérios para aprovação de projetos, tendo em vista a relevância dos mesmos para os problemas de saúde pública.

(519) *Regulação da incorporação de tecnologias em saúde*

(520) A política de C&T e Inovação em saúde promoverá também a regulação da incorporação de tecnologias em saúde, tendo em conta o perfil epidemiológico do País. Com relação ao custo/efetividade, definirá mecanismos intersetoriais que avaliem a eficácia, segurança e eficiência no uso de novos processos e produtos. Nesse contexto ainda, deverão ser consideradas as possibilidades de manutenção e reposição de equipamentos, além da regionalização da oferta de tecnologia, em especial a de maior complexidade.

(521) Seguindo as recomendações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, as seguintes estratégias para aprimoramento da capacidade regulatória do Estado serão implementadas:

(522) ⇒ estruturação de uma política de avaliação de tecnologias em saúde, envolvendo as três esferas de governo, para subsidiar a tomada de decisão acerca da incorporação crítica e independente de produtos e processos;

(523) ⇒ promoção da identificação, em todos os âmbitos do sistema de saúde, das necessidades de aquisição e incorporação de tecnologias e equipamentos e elaborar um plano de incorporação de tecnologias e de pesquisas regionais para avaliação do impacto social, ambiental e sobre a saúde decorrente do uso das mesmas.

(524) *Fomento ao desenvolvimento tecnológico.*

(525) O desenvolvimento tecnológico em saúde constituirá, igualmente, uma prioridade a ser estimulada e apoiada no âmbito das inovações tecnológicas. Merecerão destaque aquelas relacionadas a fármacos, medicamentos, imunobiológicos e fitoterápicos. Para tanto, deverão ser promovidas a modernização e o incremento/ampliação das unidades públicas de produção, assim como a capacitação tecnológica dos profissionais. Serão objeto de atenção também o fomento à pesquisa e o desenvolvimento de insumos estratégicos no complexo produtivo da saúde.

(526) O fomento ao complexo produtivo da saúde buscará a realização de estratégias fundamentais: parcerias entre os laboratórios públicos produtores de vacinas, com a definição de nichos de especialização entre eles; modernização organizacional, gerencial e da estrutura jurídico-institucional desses laboratórios; capacitação de pessoal estratégico; certificação nacional e internacional das fábricas segundo os princípios de biossegurança exigidos; apoio à indústria nacional do complexo produtivo da saúde, inclusive o financiamento de

projetos de P&D; garantia de compra e outros incentivos e o fortalecimento da capacidade de realização de ensaios clínicos (plataforma brasileira para ensaios clínicos), da capacidade produtiva e da capacidade regulatória do Estado e da proteção à propriedade intelectual.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(527) Fomentar cerca de 527 pesquisas e desenvolvimento de insumos estratégicos no complexo produtivo da saúde	2004-2007
(528) Promover o desenvolvimento de cerca de 120 processos/produtos no âmbito da inovação tecnológica em fármacos, medicamentos, imunobiológicos e fitoterápicos.	2004-2007
(529) Realizar, anualmente, por intermédio dos centros de pesquisas da gestão federal do SUS, cerca de 1.500 pesquisas e desenvolvimento de inovações tecnológicas em diferentes campos (clínica e biomédica, medicina tropical, meio ambiente, saúde pública, história da saúde etc.).	2004-2007
(530) Realizar 5 pesquisas por ano em áreas de conhecimento do interesse da vigilância sanitária, mediante celebração de convênios de cooperação técnica com centros de pesquisa e universidades brasileiras e estrangeiras e contratação de pesquisadores e consultores.	2004-2007
(531) Estruturar centro nacional de ciência, tecnologia e economia da saúde.	2004
(532) Promover a estruturação de cerca de 28 núcleos regionais de ciência, tecnologia e economia da saúde.	2004-2007

Objetivo

(533) Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, bem como combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, visando a proteção da saúde da população.

Diretrizes

(534) ***Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes.***

(535) A intensificação das ações de regulação constituirá medida fundamental para responder às novas exigências sociais e políticas geradas com a expansão do mercado de consumo e da conseqüente diversificação dos produtos e serviços ofertados pelos setores produtivos. Essa intensificação terá como foco o aprimoramento dos processos produtivos e do controle da qualidade dos produtos e serviços oferecidos como estratégia de proteção à saúde da população, bem como o estímulo ao consumo consciente.

(536) Nesse sentido, deverá ser promovido o controle sanitário da produção, da extração, do armazenamento, do transporte, da distribuição, do manuseio e a monitoração da qualidade de produtos e da prestação de serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes e dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Em relação a produtos, tal controle incluirá a manipulação dos insumos e das práticas adequadas em processos produtivos, na embalagem, no armazenamento, na distribuição e na conservação e, ainda, na notificação de eventos adversos.

(537) No tocante a serviços e de interesse da saúde, o controle sanitário estimulará e evidenciará a gestão de riscos sanitários nas instituições públicas e privadas, tendo como objetivo final evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas, processos de trabalho e gerenciamento dos riscos na prestação de serviços.

(538) A vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras será realizada mediante parceria com os estados e ou municípios respectivos, e estará baseada nas normas nacionais relativas ao controle de produtos, serviços, viajantes, meios de transporte e ambientes de interesse em saúde pública. Além dessas, a vigilância nesse contexto será apoiada nos regulamentos internacionais, incluindo aqueles destinados a evitar a introdução no País de doenças e agravos.

(539) Ao lado disso, deverá ser promovida a capacitação dos profissionais em vigilância sanitária, bem como realizadas campanhas de comunicação social com o objetivo de orientar a população sobre o consumo de produtos de interesse da saúde (medicamentos, alimentos etc.).

(540) ***Implementação da segurança transfusional e qualidade do sangue.***

(541) As medidas nesse âmbito priorizarão a atenção aos portadores de coagulopatias, hemoglobinopatias e outras patologias hematológicas. Deverão

também ser estruturadas unidades de hematologia e hemoterapia, organizada a rede nacional de informação em sangue e hemoderivados, fomentadas ações relativas à certificação da qualidade dos serviços de hemoterapia, como o aperfeiçoamento da metodologia de triagem laboratorial do sangue coletado e a ampliação do controle de qualidade externo dos testes laboratoriais em imunohematologia e sorologia, além da capacitação dos profissionais que atuam nestes serviços, visando garantir a qualidade do sangue e a segurança transfusional.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(542) Realizar cerca de 27 mil inspeções/ano relativas a produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária (medicamentos e produtos para a saúde, alimentos, cosméticos e saneantes domissanitários).	2004-2007
(543) Realizar a análise técnico-laboratorial da qualidade de cerca de 5,4 mil produtos/ano ofertados para o consumo da população.	2004-2007
(544) Realizar inspeção sanitária anual em cerca de 7 mil serviços de saúde.	2004-2007
(545) Realizar cerca de 3,3 milhões fiscalizações no âmbito da vigilância sanitária em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados.	2004-2007

Objetivo

(546) 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 integração com o SUS.

Diretrizes

(547) Defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.

(548) As iniciativas nesse contexto buscarão, em especial, promover a articulação e a integração da assistência suplementar de saúde com as áreas que compõem o SUS, ampliando e consolidando a regulação e a fiscalização das operadoras de planos de saúde e de suas relações com prestadores, profissionais e usuários e, desta forma, buscando garantir a qualidade da assistência à saúde e efetivar o sistema de ressarcimento ao componente público do Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde.

(549) Nesse sentido, destacam-se como estratégias importantes:

(550) ⇒ promover ações e incentivar a integração do setor de saúde suplementar ao setor público de saúde, garantindo a qualidade da atenção à saúde dos usuários e a consolidação do SUS;

(551) ⇒ a concessão de registro definitivo às operadoras de saúde suplementar e aos produtos ofertados aos consumidores, requerendo, entre outros, a adoção de contabilidade padrão, a constituição de reservas financeiras e a dos produtos do cumprimento dos requisitos assistenciais e de viabilidade econômico-financeira;

(552) ⇒ promover ações de incentivo e fomento à incorporação, por parte do setor saúde suplementar, da perspectiva da promoção e prevenção, visando a qualidade da atenção e a saúde de seus usuários;

(553) ⇒ a implementação do incentivo à adaptação de contratos antigos, decorrente da MP N.º 148/2003 e da Resolução Normativa da ANS N.º 64/2003, que deverá possibilitar a apresentação aos consumidores, por parte das operadoras, de propostas para esta adaptação, relativas aos contratos comercializados até dezembro de 1998, possibilitando assim que 22,5 milhões de pessoas, ainda nesta situação, possam desfrutar dos benefícios e da cobertura médico-hospitalar ampla, que é assegurada pela Lei N.º 9.656/98;

(554) ⇒ o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle de qualidade e da cobertura da assistência à saúde, prestados pelos serviços de saúde, no âmbito do setor de saúde suplementar;

(555) ⇒ o aperfeiçoamento dos mecanismos e instrumentos que favoreçam o acesso facilitado aos integrantes do setor de saúde suplementar – usuários, operadoras e prestadores – a informações e serviços da ANS;

(556) ⇒ o aprimoramento do marco legal relativo ao ressarcimento – ao componente público do SUS – pelos serviços prestados aos usuários de

planos de assistência suplementar à saúde, previsto pela Lei N.º 9.656/98, corrigindo a ainda reduzida arrecadação. Para tanto, serão implementados mecanismos que viabilizem a correta identificação dos usuários de planos de saúde e que sejam capazes de superar as diversas possibilidades de impugnação do pagamento previstas na legislação do setor.

(557) Além disso, deverá ser promovido o aperfeiçoamento dos instrumentos legais, de modo a garantir a estabilidade do “marco regulatório” do setor de saúde suplementar, bem como garantido o acesso às informações e aos serviços da ANS.

(558) A implementação de ações com vistas à identificação única do usuário vinculado ao setor de saúde suplementar por intermédio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Número de identificação Social (NIS), permitindo o dimensionamento adequado do setor e o acompanhamento do perfil do usuário.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(559) Ampliar em cerca de 80% a arrecadação do SUS pelo atendimento de usuários de planos de saúde.	2004-2007
(560) Promover em cerca de 70% a opção de usuários de planos de saúde pela adaptação de seus contratos antigos.	2004-2007
(561) Conceder o registro definitivo a 100% das operadoras de saúde suplementar e 100% dos produtos ofertados no mercado.	2004-2007

II.5. Em relação ao investimento em saúde

Objetivo

(562) Gerir a política nacional de investimento em saúde, articulando a política social à política industrial e tecnológica, buscando promover a autonomia do País na produção dos insumos estratégicos.

Diretriz

(563) *Elaboração e Implementação de Plano Nacional de Investimentos em Saúde.*

(564) Na elaboração desse Plano será considerado como investimentos em saúde toda aplicação de recursos, próprios ou de terceiros, que contribua para aumentar o estoque de capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizada na melhoria da qualidade de vida da população. Tal estoque de capacidades inclui não somente o capital físico como também a força de trabalho.

(565) Nesse sentido, constituirá o principal objetivo do investimento assegurar a universalidade, qualidade e equidade da atenção à saúde da população mediante a reformulação da estruturação e organização dos serviços. A regionalização do SUS, assim como políticas que visem imprimir equidade ao sistema, serão fundamentais ao alcance dos objetivos propostos.

(566) Definidas as prioridades de investimentos e avaliando o funcionamento do Sistema, o MS desenvolverá o Qualisus, projeto de fortalecimento e impressão de qualidade ao SUS, tendo os macro-objetivos da saúde como seu alvo principal. A idéia será a continuidade do fortalecimento do SUS, assumindo o seu desenvolvimento e suas ações de forma integrada, buscando eliminar as distorções hoje observadas no Sistema.

(567) Para tanto, serão estabelecidos os parâmetros de alocação dos recursos de investimentos, que constituirão elemento central na elaboração do plano de investimentos que garanta acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde no País. Nesse Plano, três itens serão fundamentais:

(568) a) a distribuição do montante de recursos disponíveis por região, unidade da federação e municípios, de forma a garantir a redução das desigualdades regionais;

(569) b) os critérios de seleção, priorização e aprovação de projetos pontuais, de modo que reflitam a política nacional de saúde, revertam em maior oferta de serviços, apresentem resolubilidade e qualidade satisfatórias, promovam a integralidade das ações e sejam sustentáveis do ponto de vista econômico e da rede de serviços de saúde; e

(570) c) a coordenação da ação de saúde de forma integrada, sem a qual a eficiência e eficácia da ação social estarão comprometidas, assim como o desenvolvimento do setor. Portanto, é essencial a definição de critérios e

parâmetros técnicos para a implementação de uma política de investimentos no setor saúde de qualidade.

(571) 1. No estabelecimento de critérios de alocação de recursos de investimentos por região/unidade da federação, deverá ser levada em conta a experiência acumulada que tem indicado a necessidade de pré-destinação de recursos dos fundos disponíveis para investimento, estabelecendo-se um limite máximo inicial para cada região e para as UFs. Esse deverá não somente atender critérios de alocação per capita, como também critérios outros que avaliem o perfil epidemiológico das regiões, a existência ou não da infra-estrutura instalada, a sustentabilidade do investimento e a necessidade de se promover a universalidade do acesso.

(572) Entretanto, será fundamental que a formulação do Plano de Investimento seja capaz de prever mecanismos que permitam a implementação de um processo de avaliação dos resultados e impactos verificados na população e na rede de serviços de saúde, comprovados por meio de indicadores epidemiológicos, assistenciais e do nível de saúde da população, assim como indicadores de responsabilidade social do investimento.

(573) No tocante a critérios e parâmetros para análise e aprovação de projetos pontuais, como referido, a correta direcionalidade dos recursos de investimentos no setor saúde estará condicionada aos critérios e métodos de seleção, priorização e aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde (locais, regionais e estaduais). Outrossim, deverão ser harmonizados os critérios de análise das propostas, de modo a manter o processo de priorização e seleção de projetos, por parte das diversas instâncias decisórias do SUS, o mais homogêneo e transparente possível.

(574) Constituirão critérios básicos de análise e aprovação de projetos:

(575) 1) pertinência com as políticas de saúde nacionais, estaduais e municipais. As propostas deverão ser coerentes com os planos de saúde, dando destaque para os planos diretores de regionalização e investimentos de forma a garantir a inserção harmônica na rede de serviços de atenção à saúde;

(576) 2) coerência com os objetivos e estratégias do plano nacional de investimentos para o setor saúde ou plano de investimento específico;

(577) 3) necessidade comprovada e fundamentada por indicadores que expressem os problemas reais da área de abrangência;

(578) 4) eficácia dos resultados previstos. As soluções propostas deverão ser coerentes com os problemas a serem resolvidos, demonstradas por meio da fixação de objetivos e metas assistenciais e comprovadas através de indicadores;

(579) 5) factibilidade, sustentabilidade e garantia de padrões de qualidade. As propostas de investimentos deverão apresentar garantias de recursos financeiros e humanos necessários para a manutenção e continuidade das ações e serviços a serem ofertados com padrões de qualidade aceitáveis, após a conclusão dos investimentos;

(580) 6) avaliação de processo, resultado e impacto dos investimentos. As propostas e projetos de investimentos deverão estar

estruturados de forma a garantir a implementação de um processo de monitoramento e avaliação de processo, resultado e impacto das ações e serviços a serem revertidos para a população assistida. Assim, deverão constar da proposta informações e dados sobre a situação anterior ao investimento, denominadas Linha de Base que servirá de parâmetro para análise e avaliação dos resultados.

(581) Quanto aos critérios e parâmetros para avaliação de resultado e impacto, deverá ser considerado que cada investimento realizado em infraestrutura física e tecnológica ou em capacitação de recursos humanos pressupõe uma modificação no complexo produtivo da saúde, quer na capacidade instalada quanto no desempenho técnico-gerencial. Isso implicará provável incremento na oferta de serviços, além de refletir na qualidade dos serviços prestados e na resolubilidade das ações assistenciais. Dessa forma, buscar-se-á: (I) a ampliação da oferta dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade de modo a garantir maior cobertura assistencial à população abrangida; (II) o aumento da resolubilidade e da cobertura de serviços para impactar diretamente na reorganização da rede de serviços do SUS, no âmbito municipal, estadual, regional e nacional; e (III) modificações na reorganização do SUS objetivando impactar positivamente na melhoria da saúde da população.

(582) A avaliação dos resultados dos investimentos em saúde e da efetividade de seus impactos deverão abordar as três dimensões descritas a seguir.

(583) 1) Avaliação dos resultados dos investimentos em cada unidade de saúde contemplada com o intuito de verificar o impacto da ação sobre o desempenho das unidades beneficiadas, em face aos objetivos e metas propostas. Seus resultados constituirão insumos relevantes para a segunda dimensão da avaliação proposta.

(584) 2) Avaliação da contribuição dos investimentos no fortalecimento e na reorganização do SUS na esfera estadual, regional e municipal. As instituições de saúde, ao implementarem novas tecnologias ou mesmo ao propiciarem o aumento da oferta quantitativa de serviços, deverão alterar a dinâmica dos serviços que compõem os sistemas locais, estaduais e regionais de saúde. Assim, a expectativa será de que esse incremento nos serviços impulse melhorias na atual estrutura da oferta em direção aos princípios constitucionais de universalização e equidade.

(585) 3) Avaliação dos resultados e impactos dos investimentos na implementação das políticas de saúde. Nesse enfoque, deverão ser priorizadas as áreas de atenção à saúde consideradas significativas do ponto de vista de concentração de investimentos realizados e de relevância para o desenvolvimento das políticas de saúde local, regional, estadual e nacional.

Quadro de metas nacionais

Metas	Ano/período
(586) Elaboração e implementação do Plano Nacional de Investimentos de Saúde.	2004-2007

III. Gestão, monitoramento e avaliação do PNS

(587) A gestão, monitoramento e avaliação deste Plano Nacional de Saúde serão pautados nas orientações gerais a seguir apresentadas e visarão, essencialmente, viabilizar o alcance dos seus objetivos e o cumprimento de suas diretrizes e metas. Nesse sentido, a tarefa inicial consistirá no detalhamento operacional, a ser procedido nacionalmente, a partir da pactuação com os gestores, concretizando assim a convergência e o compartilhamento de responsabilidades e iniciativas de âmbito federal, estadual e municipal, de modo a obter-se os resultados previstos e evitar-se a pulverização de esforços e recursos investidos, o que inviabiliza, inclusive, a própria mensuração dos resultados.

(588) ⇒ Em relação à gestão

(589) O processo de gestão do PNS enfatizará a coordenação no âmbito do Ministério e a articulação intersetorial, como estratégias centrais para que as ações descentralizadas possam ter coerência e consistência em relação aos objetivos traçados. A adoção de tais estratégias tem por objetivo legitimar a implementação do Plano junto às demais esferas do SUS e angariar o reconhecimento das esferas políticas e da sociedade em geral.

(590) No âmbito da coordenação interna no Ministério da Saúde, a gestão do Plano compreenderá três etapas básicas. A primeira será a elaboração de programas ou projetos para cada um dos objetivos definidos e suas respectivas diretrizes, sob a responsabilidade dos órgãos e entidades incumbidos da sua implementação. Nesses programas ou projetos estarão identificadas as ações necessárias ao cumprimento das metas, as estratégias de atuação previstas, os recursos necessários, o cronograma de atividades, os órgãos coordenadores e executores, as parcerias estabelecidas ou propostas, entre outros itens que venham a ser definidos como necessários.

(591) A segunda etapa compreenderá a análise desses programas ou projetos por parte da Secretaria Executiva, para verificar possíveis superposições e paralelismos de ação, que requerem o estabelecimento de estratégias e mecanismos de atuação integrada. Tal processo implicará nova rodada de esclarecimentos, consultas e negociações com os órgãos responsáveis pela elaboração dos programas ou projetos.

(592) Finalmente, a terceira etapa consistirá na compatibilização desses programas e projetos no âmbito do Ministério, sob a coordenação da Secretaria Executiva e na definição dos mecanismos gerenciais interarticulados. O resultado dessa compatibilização dos programas e projetos do MS será objeto de negociação com a Comissão Tripartite, o Conselho Nacional de Saúde e outros setores do governo federal. Paralelamente, os governos estaduais serão estimulados e apoiados na elaboração dos seus respectivos programas e projetos de trabalhos, os quais devem contemplar a participação das esferas municipais.

(593) ⇒ Em relação ao monitoramento

(594) O monitoramento do PNS será baseado em informações sistematicamente coletadas e em fóruns de cooperação. Para tanto, o Ministério

da Saúde constituirá equipes de cooperação técnica integrada, incumbidas de verificar, em conjunto, todos os aspectos relativos ao desenvolvimento das ações nos âmbitos estaduais e municipais (municípios selecionados por amostragem). As visitas deverão ser precedidas de uma fase de levantamento da situação da área, a partir de informações disponíveis, identificando os pontos que mereçam maior atenção.

(595) O monitoramento a partir de informações sistemáticas, para lograr a necessária eficiência, deverá ser baseado em indicadores. Em princípio, a cada uma das metas estabelecidas no PNS corresponderá pelo menos um indicador, devidamente qualificado, para ser compreendido por todas as esferas envolvidas.

(596) A definição e a qualificação dos indicadores de acompanhamento das metas serão tarefas inerentes aos órgãos responsáveis pela implementação das ações que lhes correspondem. A sistemática adotada na Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa –, segundo fichas de qualificação, constituirá parâmetro para o desenvolvimento dessa tarefa.

(597) Assim, a partir dos indicadores de metas, serão selecionados os indicadores de objetivos os quais, por sua vez, servirão em de base para a seleção dos indicadores de acompanhamento dos cinco “recortes” do PNS. Esses últimos representarão o conjunto “mínimo” ou “essencial” de indicadores para monitoramento das condições de saúde no Brasil.

(598) É importante assinalar que o conceito de indicadores “básicos” norteou a experiência da Ripsa, que vem sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde há oito anos, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde – Opas –, e constam da publicação “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações”.

(599) A estrutura da Ripsa – constituída por instâncias técnicas e deliberativas com ampla representatividade da comunidade de informações sobre saúde no Brasil – será instada a contribuir com o PNS:

(600) ⇒ na avaliação da pertinência e qualidade dos indicadores de metas e de objetivos, propostos pelos órgãos e entidades responsáveis pelo Plano;

(601) ⇒ na compatibilização do conjunto básico de indicadores do Plano com os adotados pela Ripsa;

(602) ⇒ na validação e aperfeiçoamento contínuo desse conjunto de indicadores. Para assegurar a compatibilidade necessária entre os dois processos, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva deverá integrar a Secretaria Técnica da Ripsa, cuja coordenação está sob a responsabilidade do Datasus/SE.

(603) ⇒ Em relação à avaliação

(604) A avaliação do PNS contemplará, entre outros, a análise dos seguintes aspectos: (i) o contexto político, demográfico, social e econômico em que se processa a implementação do Plano; (ii) a evolução das condições de vida

e do estado de saúde da população; e (iii) a resposta social organizada às questões de saúde.

(605) A análise deverá ser realizada a partir dos indicadores que foram selecionados, além de outras informações, resultantes de estudos, inquéritos, investigações e de pesquisa bibliográfica, e estará direcionada para: (i) identificar desigualdades nas condições de saúde e no acesso a ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas; (ii) verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos, sobre as condições de saúde; e (iii) indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social, tecnológico etc.

(606) A análise sistemática dos dados e informações disponíveis, adequadamente elaborada e apresentada, constituirá elemento fundamental não apenas para instrumentalizar as instâncias de decisão, mas também para promover a melhoria contínua da qualidade da informação. O uso das informações pelos gestores deverá configurar um aspecto essencial na melhoria das informações já existentes e para o suprimento de novas necessidades de informação.

(607) Em função das metas traçadas e dos indicadores identificados para o seu acompanhamento, serão analisadas, de forma abrangente, as necessidades de informação em saúde no Brasil para planejar os investimentos a serem feitos nessa área. Por mais que sejam aperfeiçoados, os sistemas de registro contínuo não esgotarão as necessidades de informação. Os inquéritos de base populacional, periódicos e conjunturais, são importantíssimos em um país com as dimensões do Brasil e com os problemas estruturais existentes para a coleta regular de dados no nível local.

(608) Há no Brasil uma grande profusão de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do Governo, sobretudo o IBGE. Apesar de amplamente disponíveis por via eletrônica, o processo decisório pouco tem se valido dessas informações, pela falta de iniciativas que visem: (i) estruturar a elaboração sistemática de análises conjunturais e de tendências, articuladas intra e intersetorialmente, voltadas para as necessidades da gestão; (ii) racionalizar os sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde, potencializando o uso dos dados já disponíveis; (iii) profissionalizar o gerenciamento municipal dos sistemas de informação, melhorando sua cobertura e qualidade; (iv) aproveitar melhor os dados disponíveis de outras fontes que não as da saúde.

(609) O fortalecimento de parcerias extra-setoriais deverá, assim, assumir especial importância. Entre essas parcerias, destacam-se o IBGE, como instituição responsável pelo sistema estatístico nacional e pela realização de censos demográficos e pesquisas nacionais, de base populacional e outras e o Ipea, como instituição federal especializada na realização de análises executivas sobre políticas sociais, inclusive de saúde. Considerando as múltiplas demandas do SUS ao IBGE, que ocorrem diretamente a partir de inúmeros interlocutores, serão concentrados esforços voltados a consolidar e racionalizar estas demandas, para conferir-lhes caráter político e institucional. Nesse sentido, a Secretaria Executiva, por intermédio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, promoverá processo regular de elaboração de análises para a gestão

do SUS, apoiada nas análises de competência da Secretaria Vigilância em Saúde.

(610) A produção regular de informes estruturados sobre as condições de saúde no Brasil, abordando todos os aspectos de interesse para a saúde da população, deverá configurar iniciativa relevante para desenvolver e consolidar, ao longo do tempo, um entendimento comum sobre o tema, por parte dos gestores, dos profissionais de saúde, das instituições de ensino e pesquisa, dos legisladores, dos responsáveis pelo controle social etc. Tal iniciativa servirá como eixo estruturante para subsidiar o aperfeiçoamento do SUS em todas as suas esferas de gestão. A publicação quadrienal da Opas, intitulada “La salud en las Américas”, editada e aperfeiçoada há 50 anos, deverá ser utilizada como base para a referida iniciativa.

(611) Nesse processo de avaliação, deverá ser também mobilizada a Ripsa, cujo ambiente de articulação institucional já consolidado será um fórum para contribuir em diversos aspectos, entre os quais: (i) no aperfeiçoamento e no planejamento da gestão, monitoramento e avaliação do PNS; (ii) na produção de informes regulares sobre a situação de saúde no Brasil; (iii) no desenvolvimento de metodologias de informação para instrumentalizar os gestores; (iv) na análise de questões específicas demandadas pelo Ministério da Saúde e demais esferas do SUS; e (v) na difusão de informações técnicas de interesse para o cumprimento do Plano.